

Assurance invalidité

Manuel de référence

F302-T1

1^{re} édition, 2007



**AUTORITÉ
DES MARCHÉS
FINANCIERS**



Assurance Invalidité

Manuel de référence

1^{re} édition, 2007

F302-T1

Note : Le contenu de ce manuel est un outil de référence facilitant la préparation à l'examen de l'Autorité des marchés financiers pour la compétence suivante :

01-302 Élaborer un programme individuel d'assurance invalidité adapté aux besoins d'un client en fonction, notamment, de l'analyse de sa situation financière et de sa capacité de payer la prime.

1re édition, 2007
Édition revue et corrigée

Rédaction

Anna Huard, Cégep de Lévis-Lauzon

Révision

Pierre Lavoie, Normand Morasse, François Nadeau, Marc Rouleau

Collaboration

Steve Caron, Jacinthe Duchesneau, Louis Jolicœur

Comité de consultation

Jocelyn Boucher, Marc Boudreau, Reine Boyer, Annick Chaloux, Salvatore Chine, Serge Coudry,
Jacques Denis, Lorraine Meunier, Gaston Morin, Daniel Simard

Direction du projet

Autorité des marchés financiers

L'Autorité des marchés financiers tient à remercier tous les organismes et entreprises qui l'ont gracieusement autorisée à utiliser, à des fins pédagogiques, des extraits de leur documentation.

© Autorité des marchés financiers, 2008

Tous les droits de traduction et d'adaptation, en totalité ou en partie, sont réservés pour tous les pays. Aucun extrait de ce document protégé par les présents droits d'auteur ne peut être reproduit ni utilisé sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, mécanique ou électronique, y compris la microreproduction, la photocopie, l'enregistrement ou un système de stockage et de recherche des données, sans l'autorisation écrite d'une personne dûment autorisée de l'Autorité des marchés financiers.

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN-10 : 2-551-22552-3

ISBN-13 : 978-2-551-22552-1

IMPRESSION : DÉCEMBRE 2008

Au moment de la rédaction de cette édition du manuel de référence, tous les contenus, les extraits de lois, les extraits de textes et les formulaires qui y sont présentés étaient en usage. Il est possible que des changements aient été apportés depuis et qu'ils ne se reflètent pas dans son contenu.

Dans le présent texte, la forme masculine désigne aussi bien les hommes que les femmes.



Préambule

Ce manuel de référence est un outil complémentaire à la formation de représentants dans la discipline de l'assurance de personnes. Le contenu de ce manuel aidera le futur représentant à atteindre la compétence visée par ce manuel, soit *élaborer un programme individuel d'assurance invalidité adapté aux besoins d'un client en fonction, notamment, de l'analyse de sa situation financière et de sa capacité de payer la prime.*

Un examen évaluant cette compétence est prescrit par l'Autorité des marchés financiers (l'Autorité) pour les postulants désirant obtenir leur certificat de représentant dans la discipline de l'assurance de personnes. Les examens de l'Autorité servent à évaluer les compétences des postulants avant qu'ils ne soient autorisés à exercer cette profession.

Ces mesures permettent à l'Autorité de mieux remplir sa mission de protéger les consommateurs de produits et services financiers.



Comment utiliser ce manuel de référence

Les pages suivantes vous permettront de vous familiariser avec la structure de ce manuel de référence. Prenez-en connaissance. Les conseils qui y sont présentés visent à faciliter la consultation du manuel et à rendre votre étude plus efficace.

Page de présentation des chapitres

Au début de chaque chapitre, vous trouverez une présentation de l'élément de la compétence, des sous-éléments de la compétence, du contenu et des activités proposées dans le chapitre. Chacune de ces sections a son utilité propre.

Élément de la compétence

L'élément de la compétence est l'habileté autour de laquelle s'articule un chapitre. L'ensemble des éléments de la compétence forme la compétence traitée par ce manuel, soit *élaborer un programme individuel d'assurance invalidité adapté aux besoins d'un client en fonction, notamment, de l'analyse de sa situation financière et de sa capacité de payer la prime*.

Sous-éléments de la compétence

Les sous-éléments de la compétence sont les habiletés et les connaissances spécifiques visées par un chapitre. Nous vous conseillons de revoir régulièrement ces sous-éléments de la compétence afin d'être en mesure de les reconnaître tout le long de la lecture d'un chapitre. Il sera essentiel que vous maîtrisiez ces habiletés et connaissances à la fin d'un chapitre.

Contenu

Le contenu présente les sujets qui sont traités dans le manuel. Vous pouvez ainsi repérer les sujets avant d'entamer votre étude ou vous y référer pour réviser les notions.

Activités

Il s'agit de la liste des activités qui sont proposées pour vous aider dans votre parcours. Vous y trouverez des exercices de révision et des activités de retour sur les apprentissages.

Quelques conseils pratiques

Planification de votre étude

Planifier, c'est déterminer les objectifs à atteindre et les façons d'y arriver. Il est préférable de planifier votre temps d'étude pour parvenir à respecter votre échéancier.

Pour bien gérer votre temps, certains outils vous sont proposés.

Horaire de travail

Vous trouverez, en annexe de ce manuel, un exemple de *grille d'horaire d'études*. Cette grille propose une planification hebdomadaire du temps à consacrer à votre étude du manuel. Vous pouvez vous en inspirer pour bâtir votre propre grille.

Déterminez les plages de votre horaire que vous pouvez consacrer entièrement, sans distraction ni dérangement, à votre étude. Soyez réaliste, car vous devez tenir compte de vos activités quotidiennes.

Grille de planification

Un plan d'études vous permet de déterminer des échéances de lecture et de vous fixer ainsi des objectifs. Servez-vous du modèle de *plan d'études* qui se trouve en annexe de ce manuel pour noter, en fonction de votre horaire de travail, les moments que vous voulez réserver à l'étude de chaque chapitre. Ajustez votre grille tout le long de votre parcours selon les changements dans vos disponibilités ou la réévaluation du temps nécessaire à votre étude.

Vous pouvez revenir périodiquement à votre grille de planification pour vérifier si vous êtes satisfait de vos échéances de travail. Vous serez ainsi en mesure d'évaluer si vous consacrez suffisamment de temps à votre étude.

Lecture

Structure des contenus

Vous remarquerez que les textes des chapitres sont présentés sous forme de petites unités d'information, identifiées par un titre. Prêtez une attention particulière aux titres : ils vous informeront sur l'idée traitée dans chacun des paragraphes.

Cette structure facilite le survol, la lecture et la révision de la matière. Au moment du survol du chapitre, vous pourrez ainsi, en un coup d'œil, repérer l'ensemble des sujets traités. De plus, un index situé à la fin du manuel vous aidera à trouver plus rapidement l'information recherchée.

Avant de commencer la lecture du chapitre 1, nous vous recommandons de consulter le lexique, à la fin du manuel. Cet outil vous aidera à comprendre l'ensemble des notions au cours de l'étude des prochains chapitres.

Lecture active

Afin de maximiser l'efficacité de votre lecture, faites d'abord un survol du chapitre en prêtant une attention particulière aux titres des sections. Cela vous permettra non seulement de connaître le contenu traité, mais aussi de repérer les notions que vous connaissez déjà. Il vous sera ainsi plus

facile, au fur et à mesure de votre lecture, de vérifier les liens entre ces nouvelles connaissances et vos connaissances acquises.

Lisez le chapitre en gardant à l'esprit les sous-éléments de la compétence visés par le chapitre. Vous pouvez ainsi vous poser des questions pour déterminer en quoi le contenu se rapporte aux sous-éléments de la compétence visés et pour vérifier l'importance de ce contenu dans votre pratique professionnelle en tant que représentant en assurance de personnes.

Techniques de prise de notes efficace

Annotez le texte

Une marge élargie a été laissée à gauche des pages de texte. Utilisez-la pour noter l'idée principale d'un paragraphe ou pour y inscrire les termes qui vous semblent les plus importants. L'annotation vous oblige à demeurer plus actif durant la lecture du chapitre.

Surlignez le texte

Vous pouvez aussi utiliser un crayon surligneur pour mettre en évidence les mots clés et les concepts importants. Soyez créatifs; vous pouvez choisir des couleurs différentes pour repérer le type de notion auquel se rapporte le texte surligné. Vous pouvez aussi utiliser des diagrammes, des schémas et des codes afin de synthétiser l'information et faciliter la consultation de vos notes.

Résumez la matière

Faites des résumés des notions qui vous semblent les plus importantes. Reformulez ces notions dans vos propres mots. Cela vous permettra de mieux les retenir et de bien vérifier votre compréhension.

IMPORTANT : Dressez une liste des éléments qui nécessitent des éclaircissements et des notions à réviser au fur et à mesure que vous les rencontrez. Il vous sera ainsi plus facile d'orienter votre lecture ou de rechercher de l'information supplémentaire.

Les activités proposées

Exercices de révision

Une fois la lecture d'un chapitre terminée, répondez aux questions de l'*exercice d'autoévaluation* proposé à la fin de ce chapitre.

Vérifiez vos réponses à l'aide du *corrigé de l'exercice d'autoévaluation*. Selon le résultat obtenu, il est fortement recommandé de réviser la matière pour laquelle vous éprouvez des difficultés. Il est important de bien saisir les notions d'un chapitre avant de lire le chapitre suivant.

Prenez note que vous ne trouverez pas nécessairement le même type de questions aux examens de l'Autorité.

Activités de retour sur les apprentissages

Des grilles d'évaluation vous sont proposées afin de vérifier si vous avez bien orienté votre lecture vers la compréhension et la maîtrise des sous-éléments de la compétence visés par un chapitre. Vous pouvez utiliser ces grilles pour évaluer votre degré de maîtrise des concepts ou des éléments de la compétence visés.

Si vous n'êtes pas certain ou satisfait de votre degré de maîtrise d'un des éléments de la compétence, vous pouvez revoir certaines sections du chapitre en essayant d'améliorer cette maîtrise.

Information générale

Nous vous recommandons de consulter les outils de préparation aux examens mis à votre disposition sur le site Internet de l'Autorité (www.lautorite.qc.ca).

Vous trouverez les documents pertinents en consultant le menu déroulant de l'onglet *Un futur professionnel*, l'option *Les examens* ou en utilisant le moteur de recherche dans le site de l'Autorité.

Les consignes relatives aux examens

Ce document explique les règles administratives pour l'inscription, la passation, la reprise ou la révision d'un examen de l'Autorité.

Le guide du postulant

Il a été conçu afin d'offrir des conseils pratiques pour la préparation des examens de l'Autorité.

Les lectures suggérées pour les compétences évaluées par l'Autorité

Des tableaux énumèrent les manuels de référence suggérés par l'Autorité pour chaque compétence qu'elle évalue.

Les tableaux de spécification par compétence

Des tableaux de spécification vous indiquent, selon les compétences exigées, la matière qui sera évaluée aux examens.

Les exemples de questions d'examen en assurance de personnes

Ces exemples vous permettront de vous familiariser avec le type de questions posées dans les examens de l'Autorité.

Vous trouverez aussi, dans le menu déroulant de l'onglet *Un futur professionnel*, des renseignements concernant les exigences de formation minimale et les modalités de stage et de demande de certificat de représentant. Si vous ne pouvez pas accéder à ces documents par Internet, vous pouvez vous adresser au Centre de renseignements de l'Autorité :

Montréal : 514 395-0337

Québec : 418 525-0337

Ailleurs au Québec : 1 877 525-0337

Invitation

Ce manuel est le résultat d'un travail d'équipe dont la première préoccupation est de vous offrir un outil de référence de qualité. Malgré les multiples recherches, vérifications et révisions, des oublis ou des erreurs peuvent s'y être glissés. N'hésitez pas à utiliser la fiche de commentaires ci-jointe pour nous faire part de vos observations ou commentaires concernant le contenu de ce manuel. Nous nous assurerons de les considérer et d'apporter les corrections et les améliorations nécessaires à la prochaine édition du manuel.

Bonne lecture !

Fiche de commentaires et de suggestions (F302-T1)

Veuillez utiliser cette fiche si vous avez des suggestions ou des commentaires concernant le contenu de ce manuel ou si vous désirez signaler des corrections à apporter à la prochaine édition.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Manuel :

N^{o(s)} de page(s) :

N^o de l'édition :

Commentaires :

Veuillez noter que nous assurerons un suivi personnalisé seulement si vous avez indiqué vos coordonnées ci-dessous.

Nom :

Date :

Téléphone :

Courriel :

Adresse :

Retournez à :

Autorité des marchés financiers

Direction de la formation et de la qualification

800, square Victoria, C.P. 246, 22^e étage

Montréal (Québec) H4Z 1G3

Télécopieur : 514 849-7012

Courriel : formation@lautorite.qc.ca



Tables des matières

Table des tableaux	xxvii
Liste des sigles et acronymes	xxix

Chapitre 1

Mise en contexte de l'assurance invalidité

1. Mise en contexte de l'assurance invalidité	5
1.1. L'évolution de l'assurance invalidité	6
1.1.1. L'apparition de l'assurance invalidité	6
1.1.2. L'apparition des régimes d'État	6
1.1.3. La période de croissance	8
1.1.4. La période de récession	9
1.1.5. Les tendances actuelles	11
1.2. Les conséquences d'une invalidité	13
1.2.1. Les conséquences financières	13
1.2.2. Les conséquences psychologiques	14
1.2.3. Les statistiques et probabilités d'invalidité	15
1.3. Les principes de base en assurance invalidité	17
1.3.1. La mutualité	17
1.3.2. Le partage équitable	18
1.3.3. La loi des grands nombres	18
1.3.4. La morbidité	19
1.3.5. La constitution d'une réserve	20
1.4. Les principes particuliers en assurance invalidité	21
1.4.1. La surassurance	21
1.4.1.1. La coordination des prestations	21
1.4.1.2. Les prestations non coordonnées	24
1.4.1.3. L'utilisation du terme coordination dans les contrats	25

1.4.1.4.	Les limites d'établissement	25
1.4.2.	Les engagements envers les assurés	26
1.4.2.1.	Le respect des engagements contractuels	26
1.4.2.2.	Les paramètres contractuels	26
1.4.2.3.	Assurés	27
	Exercice d'autoévaluation	31
	Corrigé de l'exercice d'autoévaluation	35
	Retour sur les apprentissages	39
 Chapitre 2		
Les régimes d'État		
2.	Les régimes d'État	45
2.1.	Les régimes d'État	46
2.1.1.	L'impact de la coordination des régimes d'État	46
2.2.	Le Régime d'assurance-emploi (A-E)	47
2.2.1.	L'admissibilité	47
2.2.2.	Le délai de carence	47
2.2.3.	Les cotisations	47
2.2.3.1.	La cotisation de l'employé	47
2.2.3.2.	La cotisation de l'employeur	48
2.2.4.	Les prestations	48
2.2.4.1.	Les conditions de paiement des prestations	48
2.2.4.2.	La période de prestations	48
2.2.4.3.	Le montant des prestations	48
2.2.5.	Les prestations spéciales en cas de maladie, d'accident ou de mise en quarantaine	48
2.2.5.1.	Le délai de carence	49
2.2.5.2.	Le montant des prestations	49
2.2.5.3.	L'abandon volontaire de l'emploi ou le congédiement	49
2.2.6.	Le supplément de revenu familial	49
2.2.7.	La coordination des prestations d'assurance-emploi	50
2.3.	Le Régime québécois d'assurance parentale (RQAP)	52
2.3.1.	Les cotisations	53

2.3.1.1.	La cotisation de l'employé	53
2.3.1.2.	La cotisation de l'employeur	53
2.4.	Le Régime de rentes du Québec (RRQ)	54
2.4.1.	L'admissibilité	54
2.4.1.1.	Les conditions d'admissibilité	54
2.4.2.	Les cotisations	55
2.4.2.1.	Le calcul des cotisations	55
2.4.2.2.	La complémentarité du Régime de pensions du Canada (RPC) et du RRQ	55
2.4.3.	Les prestations d'invalidité	55
2.4.3.1.	La définition de l'invalidité	56
2.4.4.	L'indexation	56
2.4.5.	Les pénalités selon l'âge	56
2.5.	Le Régime québécois de santé et de sécurité du travail	58
2.5.1.	Le fonctionnement	58
2.5.2.	Le calcul du revenu	59
2.5.3.	Les indemnités	59
2.5.4.	La coordination des prestations	60
2.6.	Le Régime public d'assurance automobile du Québec	64
2.6.1.	Le fonctionnement	64
2.6.2.	L'assurance responsabilité	64
2.6.3.	Les indemnités	65
2.6.3.1.	L'indemnité de remplacement du revenu	65
2.6.3.2.	Les indemnités en cas de décès	66
2.6.4.	La coordination des prestations	66
	Exercice d'autoévaluation	73
	Corrigé de l'exercice d'autoévaluation	79
	Retour sur les apprentissages	85

Chapitre 3

Les contrats d'assurance invalidité individuelle et collective

3. Les contrats d'assurance invalidité individuelle et collective	91
3.1. L'assurance invalidité individuelle	92
3.1.1. Les contrats garantis irrévocables	92
3.1.1.1. Les caractéristiques	92
3.1.1.2. Les clauses du contrat	93
3.1.1.3. La clientèle ciblée	101
3.1.2. Les contrats garantis renouvelables	101
3.1.2.1. Les caractéristiques	101
3.1.2.2. Les clauses du contrat	102
3.1.2.3. La clientèle ciblée	109
3.1.3. Les contrats résiliables	110
3.1.3.1. Les garanties	110
3.1.3.2. Les clauses du contrat	111
3.1.3.3. La clientèle ciblée	114
3.2. L'assurance invalidité collective	115
3.2.1. L'assurance collective d'entreprise	115
3.2.1.1. Les conditions d'admissibilité	115
3.2.1.2. Les parties au contrat	115
3.2.1.3. La taille du groupe	116
3.2.1.4. L'adhésion au contrat	116
3.2.1.5. Les maladies préexistantes	117
3.2.1.6. L'administration du contrat	117
3.2.1.7. Les garanties d'assurance invalidité	118
3.2.1.8. La définition de l'invalidité	118
3.2.1.9. La garantie d'assurance invalidité de courte durée	118
3.2.1.10. La garantie d'assurance invalidité de longue durée	120
3.2.2. L'assurance groupe association	123
3.2.2.1. Les garanties offertes	123
3.2.2.2. Le niveau de risque	123
3.2.3. L'assurance prêt	124
Exercice d'autoévaluation	127
Corrigé de l'exercice d'autoévaluation	133
Retour sur les apprentissages	137

Chapitre 4**Les garanties optionnelles de l'assurance invalidité individuelle**

4.	Les garanties optionnelles de l'assurance invalidité individuelle	143
4.1.	L'indexation de la prestation	144
4.2.	La garantie d'assurabilité future	145
4.3.	La prolongation de la période de profession habituelle jusqu'à 65 ans	147
4.4.	L'invalidité partielle ou résiduelle	148
4.4.1.	L'invalidité partielle	148
4.4.2.	L'invalidité résiduelle	148
4.5.	L'anticipation du paiement des prestations	150
4.6.	La garantie en cas d'hospitalisation	151
4.7.	La garantie en cas de décès accidentel ou de mutilation accidentelle	152
4.8.	La rente viagère en cas d'accident ou de maladie	153
4.9.	La protection épargne-retraite	154
4.10.	La garantie de remboursement des primes	155
4.11.	L'avenant pour professionnels de la santé	156
	Exercice d'autoévaluation	159
	Corrigé de l'exercice d'autoévaluation	163
	Retour sur les apprentissages	167

Chapitre 5**Les contrats d'assurance invalidité d'entreprise**

5.	Les contrats d'assurance invalidité d'entreprise	173
5.1.	La protection frais généraux	174
5.1.1.	Le marché cible	174
5.1.1.1.	Les catégories professionnelles	175
5.1.1.2.	La qualification	175
5.1.1.3.	Les critères d'admissibilité	176

5.1.2.	Les dépenses couvertes et non couvertes	176
5.1.3.	Les caractéristiques spécifiques	178
5.1.3.1.	Le privilège de transformation	178
5.1.3.2.	Le délai de carence	178
5.1.3.3.	La durée des prestations	178
5.1.3.4.	L'établissement de l'indemnité	179
5.1.3.5.	L'ajustement de prestations	179
5.1.3.6.	La coordination des prestations	180
5.1.3.7.	Le retour au travail	180
5.1.3.8.	L'indemnité en cas de décès	180
5.1.3.9.	Les garanties offertes	181
5.1.3.10.	Les exclusions	181
5.1.4.	Les garanties optionnelles	181
5.1.4.1.	La garantie d'assurabilité future	182
5.1.4.2.	L'invalidité partielle	182
5.1.4.3.	L'invalidité résiduelle	182
5.1.4.4.	La définition de « propre profession »	183
5.1.4.5.	L'avenant pour professionnels de la santé	183
5.1.4.6.	L'avenant d'hospitalisation	183
5.2.	La protection rachat de parts	184
5.2.1.	Le but de la protection	184
5.2.2.	Les caractéristiques spécifiques	184
5.2.2.1.	La définition de l'invalidité totale	184
5.2.2.2.	La clause <i>shotgun</i>	185
5.2.2.3.	La détermination de la valeur des parts	185
5.2.2.4.	Le mode de financement	185
5.2.2.5.	Les critères d'admissibilité	186
5.2.2.6.	La définition de l'invalidité totale	186
5.2.2.7.	Le délai de carence	186
5.2.2.8.	L'indemnité forfaitaire et l'indemnité périodique	187
5.2.2.9.	L'indemnité maximale	187
5.2.2.10.	Les modalités de versement des indemnités	187
5.2.2.11.	Le type de contrat	188
5.2.2.12.	La réduction de la protection	188
5.2.2.13.	Les exclusions	188
5.2.2.14.	L'exonération des primes	189
5.2.2.15.	Les frais juridiques	189
5.2.2.16.	Le don d'organe	189
5.2.2.17.	La prestation de décès	189
5.2.2.18.	La garantie d'assurabilité future	189
5.2.2.19.	Le transfert de protection	190
5.2.2.20.	La résiliation de la protection	190
5.2.2.21.	Le droit de transformation	190

5.2.3. Les méthodes de rachat de parts	191
5.2.3.1. La méthode de rachat croisé	191
5.2.3.2. La méthode de rachat par la société	191
5.3. La protection personne clé	193
5.3.1. Le but de la protection	193
5.3.2. Les conséquences d'une invalidité	193
5.3.3. Les critères d'admissibilité	194
5.3.4. Les caractéristiques spécifiques	194
Exercice d'autoévaluation	197
Corrigé de l'exercice d'autoévaluation	203
Retour sur les apprentissages	209

Chapitre 6

La protection contre les maladies graves

6. La protection contre les maladies graves	215
6.1. Le but de la protection	216
6.1.1. Les statistiques	216
6.1.2. L'utilisation de la protection	217
6.1.3. Les coûts liés aux services et équipements de santé	218
6.2. Les maladies couvertes	219
6.2.1. Les principales maladies couvertes	219
6.2.2. Les définitions des maladies et des interventions	219
6.3. Les types de contrats	224
6.4. L'application de la garantie	225
6.4.1. Le délai de carence	225
6.4.2. L'utilisation des sommes	225
6.4.3. La sélection des risques	225
6.4.4. Les traitements médicaux menant au refus	226

6.4.5. L'indemnité maximale	227
6.4.6. Le remboursement des primes au décès	227
6.5. Les garanties facultatives	228
6.5.1. L'exonération des primes	228
6.5.2. Le remboursement des primes	228
6.5.3. La transformation de la protection	228
6.5.4. L'avenant pour enfants	229
Exercice d'autoévaluation	233
Corrigé de l'exercice d'autoévaluation	237
Retour sur les apprentissages	239

Chapitre 7

La tarification et la sélection des risques

7. La tarification et la sélection des risques	245
7.1. Les facteurs de tarification	246
7.1.1. Le taux de morbidité	246
7.1.2. Les coûts opérationnels	247
7.1.3. Les revenus de placement	247
7.2. Les facteurs d'assurabilité	248
7.2.1. Les risques médicaux	248
7.2.1.1. Les antécédents médicaux	249
7.2.1.2. Le traitement du risque	249
7.2.2. Les risques liés à l'emploi	251
7.2.3. Les risques non assurables	252
7.3. Les activités professionnelles et extraprofessionnelles	255
7.4. La tarification financière	258
7.4.1. Les limites d'établissement	258
7.4.1.1. Les limites d'établissement selon la classe professionnelle et l'âge de l'assuré	258
7.4.1.2. Les limites d'établissement selon le revenu	259

7.4.2.	La coordination des prestations.....	260
7.4.2.1.	La coordination des prestations avec l'assurance-emploi.....	261
7.4.2.2.	La coordination des prestations d'invalidité avec les autres régimes d'État.....	261
7.4.3.	Les preuves de revenu	261
7.4.4.	Le revenu gagné.....	262
7.4.4.1.	Le revenu gagné du salarié.....	262
7.4.4.2.	Le revenu gagné du salarié à commission.....	262
7.4.4.3.	Le revenu gagné du propriétaire d'entreprise non constituée en société	262
7.4.4.4.	Le revenu gagné du propriétaire d'entreprise incorporée	262
7.4.4.5.	Le portrait financier.....	263
7.4.4.6.	Les revenus non gagnés	263
7.4.4.7.	Le revenu assurable.....	263
7.4.4.8.	Les documents financiers.....	263
7.4.4.9.	Les preuves de revenu	264
7.4.5.	Le calcul de la prime.....	264
7.4.6.	La réduction de la prime	267
7.5.	Le service de la souscription	268
7.5.1.	Le type de contrat	268
7.5.1.1.	Les contrats résiliables et les contrats garantis renouvelables	268
7.5.1.2.	Le contrat garanti irrévocable.....	269
7.5.2.	La vérification des données.....	269
7.5.3.	La confirmation des données	269
7.6.	Le processus de réclamation	271
7.6.1.	La consultation médicale	271
7.6.2.	Les délais.....	271
7.6.3.	Les formulaires	272
7.6.4.	Les frais de règlement	272
7.6.5.	Le versement de l'indemnité.....	273
	Exercice d'autoévaluation	277
	Corrigé de l'exercice d'autoévaluation	285
	Retour sur les apprentissages	293

Chapitre 8

L'analyse des besoins

8.	L'analyse des besoins	299
8.1.	L'évaluation de la situation actuelle	300
8.1.1.	Les renseignements personnels	300
8.1.1.1.	L'âge	300
8.1.1.2.	Le sexe	300
8.1.1.3.	La catégorie de risque	300
8.1.2.	Les renseignements professionnels	301
8.1.2.1.	Le revenu gagné	301
8.1.2.2.	L'emploi	301
8.1.2.3.	L'environnement de travail	302
8.1.3.	Les renseignements médicaux	302
8.1.3.1.	L'état de santé actuel	302
8.1.3.2.	Les antécédents médicaux	302
8.1.3.3.	Les antécédents familiaux	302
8.1.4.	Les objectifs	302
8.1.5.	Le budget mensuel	304
8.1.5.1.	L'apport du budget	304
8.1.5.2.	L'objectif du budget	304
8.1.5.3.	Les types de revenus	306
8.1.5.4.	L'équilibre entre les revenus et les dépenses	307
8.1.6.	Les protections en vigueur	309
8.2.	L'analyse de la situation financière et la détermination des besoins	311
8.2.1.	La vérification des données	311
8.2.2.	La détermination des besoins en assurance invalidité	311
8.2.2.1.	La situation actuelle du client	312
8.2.2.2.	Les besoins particuliers du client	312
8.2.2.3.	La situation professionnelle du client	313
8.2.2.4.	Le manque à gagner	314
8.3.	Les recommandations	315
8.3.1.	Les caractéristiques du produit	315
8.3.1.1.	Le type de contrat	315
8.3.1.2.	Le délai de carence	315
8.3.1.3.	La durée des prestations	316
8.3.1.4.	Les garanties optionnelles	316

8.3.2. La présentation des recommandations	317
8.4. Les marchés cibles en assurance invalidité	320
8.5. Les mises en situation selon les marchés.....	321
8.5.1. La salariée	321
8.5.2. L'actionnaire.....	322
8.5.3. La travailleuse autonome	323
8.5.4. Le travailleur saisonnier	323
Exercice d'autoévaluation	327
Corrigé de l'exercice d'autoévaluation	331
Retour sur les apprentissages	337
Étude de cas	339
Annexe A – Les principales distinctions entre les différents types de contrats d'assurance invalidité individuelle	369
Annexe B – Grille d'horaire d'études.....	377
Annexe C – Plan d'études.....	381
Bibliographie.....	385
Index	387
Lexique.....	391

Table des tableaux

Chapitre 1

Mise en contexte de l'assurance invalidité

Tableau 1.1	Espérance de vie	15
Tableau 1.2	Causes de décès	16
Tableau 1.3	Exemple de table de morbidité	19
Tableau 1.4	Protections offertes par Assurés	27

Chapitre 2

Les régimes d'État

Tableau 2.1	Tableau comparatif des régimes d'État	67
-------------	---	----

Chapitre 3

Les contrats d'assurance invalidité individuelle et collective

Tableau 3.1	Scénarios relatifs à la période de prestations pour certaines classes professionnelles	107
Tableau 3.2	Garanties d'assurance invalidité de courte durée et de longue durée	123

Chapitre 5

Les contrats d'assurance invalidité d'entreprise

Tableau 5.1	Types d'emplois regroupés par catégorie professionnelle	175
-------------	---	-----

Chapitre 6

La protection contre les maladies graves

Tableau 6.1	Statistiques sur le cancer et les maladies du cœur	217
-------------	--	-----

Chapitre 7**La tarification et la sélection des risques**

Tableau 7.1	Exemple de table de morbidité selon l'âge de l'assuré	246
Tableau 7.2	Exemple de limites d'établissement selon la classe professionnelle et l'âge de l'assuré	258
Tableau 7.3	Exemple de limites d'établissement selon le revenu et prestations payables coordonnées à l'assurance-emploi (A-E)	260
Tableau 7.4	Exemples de documents requis selon la situation professionnelle du client	264
Tableau 7.5	Exemple de taux annuels par tranche de 100 \$ de prestation.....	265
Tableau 7.6	Calcul de la prime.....	265

Chapitre 8**L'analyse des besoins**

Tableau 8.1	Résumé des dépenses mensuelles	305
-------------	--------------------------------------	-----

Liste des sigles et acronymes

AANB	<i>Acte de l'Amérique du Nord britannique</i>
ACV	Accident cérébrovasculaire
A-E	Assurance-emploi
AIT	Accident ischémique transitoire
CA	Comptable agréé
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
ECG	Électrocardiogramme
ICV	Indexation selon le coût de la vie
IP	Invalidité partielle
IPC	Indice des prix à la consommation
LED	Lupus érythémateux disséminé
MGA	Maximum de gains admissibles
OPR	Option de protection du revenu
PME	Petite et moyenne entreprise
PPPH	Prolongation de la période de profession habituelle
RAP	Régime d'accession à la propriété
REER	Régime enregistré d'épargne-retraite
RHDSC	Ressources humaines et Développement social Canada
RPC	Régime de pensions du Canada
RQAP	Régime québécois d'assurance parentale
RRQ	Régime de rentes du Québec
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Chapitre 1

Mise en contexte de l'assurance invalidité

Contenu

- 1. L'assurance invalidité
- 2. Les principes de l'assurance invalidité
- 3. Les principes de l'assurance invalidité
- 4. Les principes de l'assurance invalidité

Activités d'apprentissage

- 1. L'assurance invalidité
- 2. L'assurance invalidité
- 3. L'assurance invalidité

Élément de la compétence

- Comprendre l'évolution de l'assurance invalidité.

Sous-éléments de la compétence

- Comprendre l'évolution de l'assurance invalidité ;
- Expliquer les conséquences d'une invalidité ;
- Comprendre les principes qui sont à l'origine de l'assurance invalidité ;
- Comprendre les principes particuliers relatifs à l'assurance invalidité.

Contenu

- L'évolution de l'assurance invalidité ;
- Les conséquences d'une invalidité ;
- Les principes de base en assurance invalidité ;
- Les principes particuliers en assurance invalidité.

Activités d'apprentissage

- Lecture ;
- Exercice d'autoévaluation ;
- Corrigé de l'exercice d'autoévaluation.



1. Mise en contexte de l'assurance invalidité

Le premier chapitre de ce manuel donne un aperçu général de ce qu'est l'assurance invalidité.

La première section du chapitre traite de l'évolution de l'assurance invalidité, depuis son apparition à la fin du 19^e siècle jusqu'à maintenant. L'engagement de l'État, qui voulait procurer une sécurité financière aux travailleurs, a été un fait déterminant dans l'évolution de l'assurance invalidité. Cette section présente également les nouvelles tendances du marché de l'emploi affectant le travailleur d'aujourd'hui.

La deuxième section traite des conséquences d'une invalidité sur les plans financier et psychologique. Des statistiques fort éloquentes présentent les probabilités de subir une invalidité avant l'âge de 65 ans et les causes les plus susceptibles de provoquer l'invalidité.

La troisième section fait état des principes de base de l'assurance invalidité :

- la mutualité, qui est fondée sur les primes payées par l'ensemble des assurés afin d'indemniser l'assuré atteint d'une invalidité;
- le partage équitable des risques entre les assurés faisant partie de la même classe professionnelle;
- la loi des grands nombres, qui permet de prédire la survenance d'un événement;
- la constitution d'une réserve par l'assureur, qui permet de faire face aux réclamations éventuelles;
- la morbidité, qui établit les probabilités d'invalidité selon différents facteurs.

La dernière section traite des principes particuliers en assurance invalidité :

- la surassurance, qui permet d'éviter que l'assuré soit mieux rémunéré en état d'invalidité que lorsqu'il est actif au travail;
- les engagements de l'assureur envers les assurés lors d'une réclamation.

1.1. L'évolution de l'assurance invalidité

Afin de donner une vue d'ensemble de l'évolution de l'assurance invalidité au fil des ans et des principaux facteurs ayant affecté son développement, la présente section sera divisée en cinq volets, soit :

- l'apparition de l'assurance invalidité ;
- l'apparition des régimes d'État ;
- la période de croissance ;
- la période de récession ;
- les tendances actuelles.

1.1.1. L'apparition de l'assurance invalidité

L'assurance invalidité a grandement progressé depuis ses débuts. C'est aux États-Unis, vers la fin du 19^e siècle, qu'elle se fait connaître sous la forme d'avenants intégrés à une police d'assurance vie. À cette époque, l'assurance invalidité offre une protection restreinte ne couvrant que les cas d'accidents. Peu à peu, suivant les besoins en produits d'assurance, des contrats individuels font leur apparition. Offerts par des fraternités (les ancêtres des syndicats), ces produits accordent des garanties limitées. La durée des prestations et les montants couverts sont restreints. Il faut ajouter que les contrats de l'époque étaient non garantis, c'est-à-dire qu'ils pouvaient être résiliés ou faire l'objet d'une augmentation des primes sans préavis.

L'apparition des contrats garantis renouvelables

Les contrats non garantis sont peu à peu remplacés, au début du 20^e siècle, par les contrats garantis renouvelables. Ces derniers offrent l'avantage de ne pas pouvoir être annulés de façon arbitraire. Toutefois, les primes peuvent être augmentées, sur avis, pour certaines catégories d'assurés. En 1910, le monde de l'assurance invalidité voit naître les premiers contrats garantis non résiliables, contrats faisant figure d'avancée majeure dans l'industrie de la protection contre les risques.

1.1.2. L'apparition des régimes d'État

La qualité de la protection offerte en cas d'invalidité s'accroît avec l'intervention des gouvernements.

Le Régime de pensions du Canada (RPC)

Dans la foulée de l'initiative américaine de 1939 en matière de sécurité de revenu de l'État, le premier ministre Diefenbaker demande la modification, en 1962, de l'article 94a de l'*Acte de l'Amérique du Nord britannique* (AANB) afin de permettre l'établissement d'une loi fédérale visant la mise en place d'un régime de pension fondé sur la rémunération et permettant l'octroi de pensions de retraite ainsi que de prestations d'invalidité et de survivant. Ce régime consiste en un système obligatoire et contributif requérant la contribution des employeurs et des employés.

Le Régime de rentes du Québec (RRQ)

Parallèlement aux initiatives fédérales, le gouvernement du Québec adopte, en 1963, une résolution visant l'élaboration d'un régime de pension provincial. C'est en 1964 que sont présentées les premières ébauches du RRQ.

L'établissement de régimes provinciaux

L'élaboration de régimes de protection gouvernementaux concurrents pousse le gouvernement du Canada à octroyer aux provinces le contrôle de la portée, de la modification et du financement du RPC, en contrepartie de l'accord de celles-ci en ce qui a trait à l'établissement du régime. Ainsi, le gouvernement fédéral stipule, entre autres, que toute province peut se désengager et mettre sur pied son propre régime. Le cas échéant, le RPC cesse d'être applicable dans la province en question. Au cours de l'année 1964, de nombreuses négociations ont lieu entre le gouvernement du Canada et le gouvernement du Québec relativement à la nature des prestations d'invalidité offertes par les régimes.

En effet, le parallélisme des deux régimes favorise une correspondance importante entre les dispositions du RRQ et du RPC. Les échanges entre les deux ordres de gouvernement ont pour résultat l'assouplissement des critères d'admissibilité et le versement de prestations plus importantes aux bénéficiaires des régimes d'État.

La protection gouvernementale

Au fil des ans, l'État met donc en place des régimes offrant une sécurité de revenu minimum à l'individu faisant face à une situation d'invalidité. Sur le plan de la protection gouvernementale, l'admissibilité réfère à la notion d'invalidité mentale ou physique grave et prolongée. Les régimes d'État offrent une prestation définie, indexée, imposable et transférable.

Les régimes d'assurance privés

Au-delà de la sécurité de revenu modeste assurée par les gouvernements, l'individu est seul responsable de la nature de sa protection. Il doit effectuer les démarches nécessaires afin que cette dernière lui permette d'obtenir un revenu suffisant au maintien de son niveau de vie. C'est à ce titre qu'interviennent les compagnies d'assurance privées.

L'harmonisation des régimes

L'État se présente comme premier payeur dans les cas d'invalidité touchant des individus admissibles à l'indemnisation. Ainsi, l'apparition des régimes gouvernementaux a entraîné un ajustement des contrats et des principes de tarification de l'industrie privée afin d'éviter la surassurance. Ces démarches visaient à permettre la conjugaison des régimes publics et des protections offertes par les compagnies d'assurance. L'harmonisation des régimes était impérative afin que l'assuré ne se retrouve pas en situation de double indemnisation, par les instances privées et publiques, dans le cas d'une invalidité et que, de ce fait, il obtienne une rémunération plus avantageuse pendant sa période d'invalidité qu'auparavant.

L'influence des cycles économiques sur l'assurance invalidité

Comme il a été possible de le constater, l'assurance invalidité a grandement évolué au cours du siècle dernier. Afin de bien comprendre les fondements de cette évolution, il est nécessaire d'explorer les liens évidents qu'elle entretient avec les cycles économiques. Les modifications apportées aux contrats de protection en cas d'invalidité ont été largement tributaires des périodes de croissance et de récession. Les deux sections suivantes donneront un aperçu de l'influence des cycles économiques sur les composantes de l'assurance invalidité.

1.1.3. La période de croissance

La période de croissance de l'économie québécoise peut difficilement être dissociée de la période d'après-guerre. Largement fondée sur l'industrie agroalimentaire au cours de la période d'avant-guerre, l'économie québécoise est prise d'assaut par le secteur manufacturier après la Seconde Guerre mondiale.

La fonction publique

Les années de croissance économique accompagnant l'essor de l'ère industrielle poussent les gouvernements à tenter d'accroître le nombre et la qualité des services offerts aux citoyens. Ces initiatives nécessitant une augmentation importante des ressources humaines de l'État, la fonction

publique ouvre une quantité de postes et offre la sécurité d'emploi, jusqu'à la retraite, aux employés recrutés.

La période d'expansion

La période d'expansion de 1970-1980 donne naissance à une multiplication des types de contrats d'assurance invalidité et, par conséquent, à une intense diversification des garanties offertes.

Au cours de cette période, les protections offertes sont de plus en plus complètes et adaptées à divers publics cibles.

L'intensification de la concurrence dans le secteur privé de l'assurance donne naissance à des garanties de plus en plus généreuses, chaque compagnie essayant de s'approprier des parts croissantes de marché.

1.1.4. La période de récession

Les années 1990 sonnent le glas de la période des largesses. L'ère de l'État providence a engendré d'énormes coûts qui imposent des mesures de rationalisation.

La réduction de l'endettement canadien

Cette période est marquée par des priorités gouvernementales de réduction de l'endettement canadien.

Les conséquences de la récession

La récession des années 1990 donne lieu à des mises à pied massives et à la mise en place de divers incitatifs de départ, tant dans le secteur public que dans le secteur privé. Des changements majeurs se produisent aussi dans la nature des emplois offerts. Ne pouvant plus se permettre le luxe de ressources excédentaires, les organisations offrent des emplois temporaires, contractuels, à temps partiel, à commission, etc.

Les consultants et les travailleurs autonomes

Les nouveaux types d'emplois précédemment cités gagnent rapidement en popularité compte tenu de la réduction des coûts qu'ils engendrent. Ils permettent la diminution des coûts de rémunération directs, mais également celle des frais liés aux avantages sociaux, les consultants et travailleurs autonomes n'y ayant généralement pas accès.

Devant cette situation, les travailleurs œuvrant sur une base contractuelle n'ont d'autre choix que d'entreprendre des démarches individuelles auprès des assureurs afin d'obtenir une protection en cas d'invalidité. Ce nouveau type de clientèle complexifie grandement le travail des compagnies

d'assurance, qui éprouvent de nombreuses difficultés à établir le revenu assurable des individus en vertu d'un contrat d'assurance invalidité et, dans le cas des travailleurs à domicile, à déterminer la validité d'une demande d'indemnisation. Les revenus étant sporadiques et inégaux, il est aisé de comprendre les problèmes auxquels font face les assureurs.

Les conséquences du désengagement de l'État

La période de récession des années 1990 a également affecté le monde de l'assurance invalidité par le désengagement de l'État dans le secteur de la santé.

Les importantes compressions budgétaires forcent une réduction du volume et de la qualité des traitements offerts par les établissements hospitaliers.

Cette situation provoque un accroissement notable du nombre et de la durée des cas d'invalidité. Les listes d'attente sont la cause de cas où, par exemple, un patient qui aurait normalement pu être traité dans un court laps de temps, doit attendre pendant une période prolongée et ainsi augmenter la durée de ses prestations.

Il va de soi que les compressions gouvernementales, en ce qui a trait au système de santé, font en sorte que les gens se dirigent davantage vers les régimes d'assurance privés. La rentabilité est affectée, par exemple, par une augmentation des frais d'exploitation; il ne faut pas oublier que les assurés paient les primes relatives aux risques qu'ils représentent pour l'assureur.

Il faut également mentionner qu'au-delà des réductions budgétaires gouvernementales dans le secteur de la santé, les assureurs supportent financièrement de nouveaux maux d'ordre psychologique reconnus à titre d'invalidité. Si un besoin se fait sentir et que l'assureur veut le combler, il développera les produits en conséquence.

En effet, pendant les années 1990, sous la pression de l'efficacité à tout prix, les désordres émotionnels connaissent un nouvel élan. La dépression, le stress et l'épuisement professionnel sont officiellement reconnus au chapitre des maladies.

Le nombre de réclamations relatives à ces maladies gagnant en popularité, plus particulièrement au sein des groupes couverts par l'assurance collective, les assureurs mettent rapidement en place des programmes de réadaptation pour éviter d'encourir de trop lourds frais en assurance salaire de longue durée.

1.1.5. Les tendances actuelles

Les différents changements ayant marqué le monde de l'assurance invalidité vont de pair avec l'évolution sociale et économique vécue tant sur le plan provincial que sur le plan national.

Le profil des travailleurs d'aujourd'hui

Suivant cette évolution, le profil des travailleurs et des employeurs s'est également modifié. Nombre d'emplois réguliers et stables font place à des postes temporaires et, par le fait même, à des statuts plus précaires. Les travailleurs d'aujourd'hui sont plus mobiles et ont tendance à changer d'emploi selon les conditions du marché. Si l'offre est plus intéressante sur le plan du salaire et des conditions d'emploi, ils n'hésiteront pas à quitter leur emploi actuel.

L'impact des nouvelles technologies

La prolifération des nouvelles technologies favorise l'émergence de formes inédites de travail, par exemple, le télétravail. Celles-ci réduisent les déplacements et le temps nécessaire pour obtenir et traiter l'information. Grâce à ces nouvelles technologies, qui favorisent l'autonomie de la personne, il est désormais plus facile de créer son propre emploi. L'émergence de microentreprises et l'importance croissante du nombre de travailleurs autonomes sont autant de réalités dont les assureurs doivent maintenant tenir compte. Ceux-ci doivent être en mesure de desservir de nouvelles clientèles dans des secteurs d'activités novateurs et diversifiés.

Une population plus scolarisée et informée

La période contemporaine est caractérisée par une population plus scolarisée et assurément plus informée. De plus en plus d'individus connaissent leurs droits et les recours mis à leur disposition afin de les faire respecter. Les pressions informelles qui favorisaient autrefois un retour précoce au travail à la suite d'une invalidité n'ont plus la même influence. Dans une société de l'information caractérisée par l'ouverture sur les autres et sur le monde, l'individu court moins de risques de se sentir marginalisé par une situation d'invalidité. Une nouvelle tendance fait son apparition : le travailleur désire profiter au maximum de la protection pour laquelle il a cotisé pendant de nombreuses années.

Les cas de désordre émotionnel

Aujourd'hui, bien que l'épuisement au travail demeure un problème important, les travailleurs sont davantage conscients de la nécessité d'un plus grand équilibre entre leurs obligations professionnelles, personnelles et familiales. La multiplication des cas de désordre émotionnel lié au travail et les graves conséquences de ceux-ci sur l'ensemble de la vie de l'individu

sont prises en considération et atténuent généralement le sentiment de culpabilité associé à l'arrêt de travail, sentiment qui avait large cours par le passé. Il en résulte que les travailleurs hésitent moins longtemps avant de recourir à leur couverture d'assurance invalidité.

L'assurance contre les maladies graves

Aujourd'hui, la population se préoccupe davantage de sa qualité de vie. Il suffit de penser aux mesures incitatives prises par l'État et les entreprises afin d'amener les gens à cesser de fumer. La santé est au cœur des préoccupations de la majorité de la population. Toutefois, malgré les efforts et les initiatives, les maladies comme le cancer et les maladies cardiovasculaires sont les principales causes de décès. Afin de répondre aux besoins de sécurité d'une population qui doute de l'efficacité du système de santé, un produit relativement nouveau est apparu sur le marché : l'assurance contre les maladies graves, qui sera traitée au chapitre 6. Ce produit est offert au Canada depuis 1994 et connaît un essor grandissant. Plusieurs compagnies d'assurance l'offrent à titre de garantie principale, comme option à une police d'assurance invalidité ou d'assurance vie.

L'assurance des soins de longue durée

Un autre produit se taille lentement une place, soit l'assurance des soins de longue durée. Il a fait son apparition au Canada au début des années 1990. Le produit s'adresse à une population de personnes plus âgées, de la classe supérieure, qui désirent compter sur de bons traitements jusqu'à la fin de leur vie.

Peu d'assureurs l'offrent actuellement, car l'expérience en réclamations est quasi inexistante et, par le fait même, comporte plus de risques pour les assureurs.

L'adaptabilité des compagnies d'assurance

Le précédent propos permet de comprendre la nécessité, pour les assureurs, de tenir compte des tendances actuelles, et ce, afin de desservir la plus large clientèle possible, de limiter les réclamations et de maximiser leurs profits. Par contre, la maximisation des profits est atteinte si l'assureur comble les besoins de sa clientèle. Chacune des réalités prises en compte, par le moyen de clauses contractuelles, aura une influence sur les réclamations. Afin de protéger leurs marges bénéficiaires, les compagnies d'assurance se doivent d'ajuster la portée et la nature de leurs garanties ainsi que leurs principes de tarification.

1.2. Les conséquences d'une invalidité

L'assurance invalidité tente d'éliminer ou, du moins, de réduire les conséquences d'une invalidité. En raison du caractère central de la notion de conséquence, celle-ci fera l'objet de cette section. Les conséquences financières de l'invalidité seront tout d'abord présentées. Ensuite, les conséquences psychologiques de l'invalidité seront abordées et, enfin, la section se terminera par un bref survol des statistiques et probabilités d'invalidité.

1.2.1. Les conséquences financières

Les conséquences financières d'une invalidité résultent en tout premier lieu de l'incapacité de travailler. En effet, la perte du revenu constitue généralement la motivation première de la recherche d'une couverture en cas d'invalidité.

Une invalidité prolongée peut avoir des conséquences désastreuses. L'individu atteint d'invalidité peut non seulement perdre ses actifs, mais il peut également voir sa vie personnelle, conjugale et familiale perturbée (divorce, séparation du conjoint et des enfants, isolement, etc.). Le stress engendré par des problèmes financiers ont une incidence significative sur la guérison du patient.

Les frais connexes

S'il apparaît que l'incapacité à tirer une rémunération du travail est à la tête des facteurs entraînant le recours à l'assurance, il n'en demeure pas moins qu'une seconde catégorie de coûts relatifs à l'invalidité doit être considérée, soit la catégorie des frais connexes. Les frais connexes sont constitués des coûts occasionnés par un accident (une blessure) ou une maladie. Le désengagement de l'État à couvrir certains frais médicaux provoque des soucis financiers additionnels pour la personne souffrant d'une invalidité.

Voici ces frais :

- les frais de transport ambulancier;
- les frais hospitaliers pour une chambre semi-privée ou privée;
- les frais de séjour dans une maison de convalescence;
- les honoraires de spécialistes tels les chiropraticiens, les physiothérapeutes, les orthothérapeutes, les podiatres, les psychologues, etc.;
- les frais pour les soins infirmiers recommandés par un médecin et reçus en dehors du milieu hospitalier;
- le coût de location de fournitures médicales;

- les frais d'appareils orthopédiques et de prothèses ;
- le coût des médicaments prescrits ;
- les frais pour les soins dentaires nécessaires à la suite d'un accident.

La planification financière

Compte tenu de la taille restreinte des familles d'aujourd'hui et, ainsi, des difficultés que pose la prise en charge de personnes dans l'incapacité de travailler, il s'avère primordial d'aider les gens à planifier des revenus de leur vivant afin de préserver leur sécurité financière et celle de leur famille. Les différents produits d'assurance invalidité constituent une avenue pour contrer les problèmes financiers engendrés par une incapacité à tirer un revenu du travail.

1.2.2. Les conséquences psychologiques

La section précédente a présenté les conséquences financières de l'invalidité. C'est souvent cet aspect qui suscite l'intérêt premier des individus pour se doter d'une protection. Toutefois, bien que la perte de revenu et les frais inhérents à la maladie ou à l'accident (la blessure) soient des conséquences majeures de l'invalidité, il importe de s'attarder quelque peu sur les conséquences psychologiques de celle-ci.

Les maladies

En effet, les cancers, les maladies cardiaques, la perte de membres, la cécité, etc., ont des impacts sur les individus qui vont bien au-delà du volet financier. Parmi les conséquences psychologiques de l'invalidité se trouvent les états d'anxiété et de dépression. Dans certains cas, l'inquiétude de l'individu par rapport à son avenir génère des déséquilibres importants.

Les avenues thérapeutiques

À des fins thérapeutiques, il arrive que des examens non indispensables soient prescrits par l'assureur afin de soumettre un bilan objectif de l'état de santé de l'individu et, ainsi, de réduire l'incertitude de ce dernier en regard de sa situation. Les conséquences de l'invalidité peuvent également se traduire par un profond sentiment d'incapacité. Ainsi, des individus pouvant physiquement reprendre certaines ou toutes leurs activités ne s'en sentent pas toujours capables. À ce chapitre, les programmes de réadaptation et les services de psychologie couverts par certains assureurs peuvent être d'un grand secours.

1.2.3. Les statistiques et probabilités d'invalidité

La présente section explore quelques statistiques intéressantes qui démontrent bien l'évolution extraordinaire des conditions de vie, des sciences et de la technologie au cours du dernier siècle. Le tableau 1.1, comparant l'espérance de vie de 1900 à celle de 1998, est éloquent à cet égard. En effet, aujourd'hui, les individus vivent plus longtemps, même dans les cas où ils contractent une maladie grave au cours de leur vie.

Tableau 1.1 Espérance de vie

Espérance de vie en 1900	Espérance de vie en 1998
Homme : 42 ans	Homme : 77 ans
Femme : 46 ans	Femme : 82 ans

Source : Life Insurance Marketing Research Association (LIMRA)

Le développement des connaissances et des technologies

Le développement rapide des connaissances et des technologies dans le domaine des sciences de la santé permet de prolonger la vie des individus et donne une importance croissante à la protection en cas d'invalidité.

L'évolution des causes de décès

L'évolution sociale, économique et technologique ayant eu cours durant le siècle dernier a non seulement modifié nos conditions de vie, mais également nos comportements. De ce fait, les principales causes de décès se sont modifiées (tableau 1.2). Les produits d'assurance ont suivi les grandes tendances afin de tenir compte de nouvelles réalités chez les assurés et, ainsi, de mieux répondre à leurs besoins.

Tableau 1.2 Causes de décès

Principales causes de décès en 1900	Principales causes de décès en 1998
Tuberculose	Crise cardiaque
Entérite	Cancer
ACV	ACV
Crise cardiaque	Accident
Néphrite	Pneumonie chronique
Accident	Pneumonie/grippe
Mortalité infantile	Diabète
Cancer	Hépatite/cirrhose
Sénilité	Artériosclérose
	Suicide

Source : Life Insurance Marketing Research Association (LIMRA)

L'évolution des causes de décès et l'augmentation de l'espérance de vie forcent les assureurs à faire un suivi constant des tendances statistiques en invalidité afin d'ajuster leurs principes de tarification en conséquence.

1.3. Les principes de base en assurance invalidité

Afin d'être en mesure de bien comprendre les notions relatives à l'assurance invalidité, il convient tout d'abord de passer en revue les principes fondamentaux de ce type de protection. Ainsi, le volet traitant des principes de base abordera cinq dimensions centrales en assurance invalidité : la mutualité; le partage équitable; la loi des grands nombres; la morbidité; et, enfin, la constitution d'une réserve.

1.3.1. La mutualité

La mutualité est le principe de base par lequel il est possible de se protéger contre la réalisation d'un risque par le regroupement. Un risque est un événement, par exemple un accident, qui doit être dû au hasard, clairement défini, d'une importance réelle, d'une probabilité calculable et non catastrophique pour l'assureur. Comme un risque particulier ne se réalisera vraisemblablement pas pour tous les membres du groupe, les cotisations de chacun permettent d'indemniser ceux qui seront effectivement affectés par la réalisation dudit risque.

Sans le principe de la mutualité, un individu devrait épargner la somme entière des coûts liés à une invalidité probable. Cette situation est difficilement envisageable, compte tenu du fait que peu de gens disposent des sommes nécessaires pour se prémunir contre la réalisation d'un tel risque. Ainsi, de façon générale, la mutualité est un moyen de se prémunir contre des pertes d'argent importantes pouvant survenir à la suite d'une invalidité. L'assurance contre un événement incertain est beaucoup moins coûteuse que l'autofinancement des risques au moyen de l'épargne. De plus, la mutualité permet d'offrir l'accessibilité à des services d'assurance de qualité à tous les individus, y compris aux clientèles à faible revenu.

Exemple

Donald subit une invalidité pendant une période de huit mois. Son revenu net, avant l'invalidité, était de 3 000 \$ par mois. En principe, Donald devrait disposer de 24 000 \$ dans ses liquidités à court terme afin de faire face à cette éventualité, ce qui est peu probable.

S'il paie 1 000 \$ en primes annuellement pour une assurance invalidité, soit 83,33 \$ par mois, il n'aura versé que 666,64 \$ durant ses mois d'invalidité et il recevra 24 000 \$ si la perte de revenu est garantie à 100 %.

1.3.2. Le partage équitable

La notion de partage équitable est à la base de l'application de la mutualité. Le partage des coûts de l'assurance entre les titulaires de polices doit tenir compte du risque que présentent les différentes classes d'assurés. Le principe de partage équitable fonctionne suivant une logique où les membres faisant assumer un plus grand risque à l'ensemble du groupe des assurés doivent prendre en charge une prime supérieure. Le partage des coûts entre les membres du groupe est ainsi fonction du risque qu'ils imposent à l'ensemble.

Exemple

Pour acquérir une assurance invalidité procurant une même couverture, un employé de bureau paiera des primes moins élevées qu'un cascadeur.

1.3.3. La loi des grands nombres

La loi des grands nombres est à la base des principes de tarification en assurance. En effet, si la notion de partage équitable implique le paiement d'une prime ajustée au risque qu'un individu impose au groupe, encore faut-il être en mesure d'évaluer ce risque. La loi des grands nombres permet d'effectuer cette évaluation. En faisant une analyse statistique d'un grand nombre d'événements d'une même nature chez un ensemble d'individus regroupant des caractéristiques prédéfinies, il devient possible de prévoir la probabilité de réalisation de cet événement pour un individu correspondant à la population type observée.

Exemple

Le meilleur exemple de l'application de la loi des grands nombres est sans nul doute celui du lancer validé d'une pièce de monnaie (pile ou face). Si quelques lancers seulement sont effectués, il est probable que la pièce tombe sur le côté pile un plus grand nombre de fois que sur le côté face (ou inversement). Toutefois, si la pièce est lancée 50 000 fois, il est fort probable que les résultats se rapprocheront de 25 000 piles et 25 000 faces. La probabilité de survenance de l'événement face sera de 50 % et celle de l'événement pile sera de 50 %.

Afin de pouvoir assurer un risque, les compagnies d'assurance doivent être en mesure de le quantifier et, ainsi, de lui donner un prix. La loi des grands nombres et le calcul des probabilités permettent à l'assureur d'établir ses

chances de devoir couvrir la réalisation d'un risque d'invalidité pour un groupe d'individus donné.

1.3.4. La morbidité

La morbidité, dans le contexte de l'assurance invalidité, réfère à la probabilité de réalisation d'un risque d'invalidité chez un groupe de personnes ayant des caractéristiques communes. Les actuaires font usage de tables de morbidité présentant des profils statistiques fondés sur la loi des grands nombres. Ils utilisent ces statistiques afin d'établir des taux de morbidité.

Le tableau 1.3 présente un exemple de table de morbidité. Celle-ci est fondée sur un échantillon de 1 000 personnes âgées de 25 à 60 ans. Les analyses statistiques présentent le nombre d'individus qui seront atteints d'une invalidité prolongée (plus de 3 mois) avant l'âge de 65 ans.

Tableau 1.3 Exemple de table de morbidité

Âge	Nombre de personnes	Pourcentage	Durée moyenne de l'invalidité
25	522	52	2,2 ans
30	505	51	2,2 ans
35	480	48	2,2 ans
40	446	45	2,2 ans
45	401	40	2,2 ans
50	342	34	2,2 ans
55	266	27	2,3 ans
60	160	16	2,4 ans

Source : L'intermédiaire en assurance de personnes, BSF, 1999.

Ainsi, selon la table de morbidité ci-dessus, 48 % des assurés actuellement âgés de 35 ans souffriront d'une invalidité prolongée avant l'âge de 65 ans. Cette invalidité sera d'une durée moyenne de 2,2 ans.

Divers facteurs influent sur les taux de morbidité : l'état de santé, le sexe, l'âge, le lieu de résidence, la nature des activités professionnelles et les habitudes de vie.

1.3.5. La constitution d'une réserve

La constitution d'une réserve représente le principe logique selon lequel l'assureur doit détenir les sommes nécessaires à l'indemnisation des assurés en cas de réalisation d'un risque couvert. Étant en mesure de prédire les probabilités de réalisation d'un risque, donc d'attribuer un coût à la protection offerte, l'assureur peut établir le montant des primes requises pour chacun des assurés. Ceux-ci devant acquitter la prime (au début de la période couverte par la protection) afin de maintenir la protection en vigueur, l'assureur détient sous forme de réserve les capitaux nécessaires au règlement de réclamations éventuelles.

1.4. Les principes particuliers en assurance invalidité

Dans la perspective d'approfondir quelque peu les concepts de base de l'assurance invalidité, deux notions seront abordées dans le volet traitant des principes particuliers. Dans un premier temps, la surassurance sera définie. Ensuite, il sera question des engagements des assureurs envers les assurés.

1.4.1. La surassurance

L'assurance a pour but de compenser en totalité ou en partie la valeur monétaire des pertes subies. Sur la base de cet énoncé, il est aisé de comprendre le principe selon lequel, en assurance invalidité, l'assuré ne devrait pas être mieux rémunéré durant sa période d'invalidité que lorsqu'il était actif sur le marché de l'emploi. Cette situation s'explique facilement par les coûts devant être assumés par les assureurs, mais également par la faible motivation à retourner au travail de l'assuré, qui prévaudrait dans le cas où ses gains seraient supérieurs en période d'invalidité qu'en période d'activité. Il y a surassurance lorsque la somme garantie excède la valeur réelle du risque assuré ou si les indemnités sont supérieures au revenu que touchait l'assuré avant l'invalidité.

Afin d'éviter cette situation, les régimes d'assurance invalidité ne peuvent couvrir les pertes assurées par un régime d'État; ils peuvent toutefois couvrir une partie des revenus que l'État ne prend pas en charge. À ce propos, il est primordial de bien comprendre le principe de coordination des prestations.

1.4.1.1. La coordination des prestations

Il pourrait arriver qu'une prestation d'invalidité payée soit inférieure au montant indiqué dans la police. Cette situation se présente lorsque le contrat contient une clause de coordination des prestations. Selon cette clause, la prestation prévue au contrat sera réduite, dollar pour dollar, des prestations d'autres sources que reçoit l'assuré. Les autres sources de prestations visées par cette clause sont indiquées dans le contrat (par exemple, les régimes d'État seulement ou toutes les prestations provenant de différentes sources).

Il s'agit d'une mesure visant à éviter la surassurance. Les contrats d'assurance invalidité comportant une clause de coordination des prestations ne garantissent pas le versement de la totalité du montant de prestation prévu au contrat, mais plutôt celui de la somme nécessaire pour combler le manque à gagner, c'est-à-dire le montant qu'il faut ajouter aux prestations provenant d'autres sources pour atteindre le montant de prestations prévu au contrat.

Exemple

Annie détient un contrat d'assurance invalidité individuel dont les prestations sont coordonnées à celles de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). Son régime prévoit le paiement de prestations d'invalidité de 3 000 \$ mensuellement. Son salaire brut est de 4 000 \$ par mois.

Elle subit un accident de travail; la CSST lui procure 90 % de son revenu net, soit 525 \$ par semaine, ou 2 275 \$ par mois.

Elle recevra de son assurance invalidité individuelle une prestation de 725 \$ (3 000 \$ - 2 275 \$). Donc, un régime d'assurance coordonné réduit les prestations, dollar pour dollar, selon les sommes en provenance d'autres sources reçues par l'assuré.

Une autre façon pour les assureurs de coordonner les prestations consiste à établir une **limite de participation** dans le contrat. Une limite de participation est la somme maximale des prestations en provenance de toutes les sources (CSST, RRQ, SAAQ, DRHC, régime collectif, autre régime individuel, etc.) que peut recevoir un assuré.

La clause de coordination des prestations incluant une limite de participation pourrait être formulée comme suit : lorsque les prestations en provenance de toutes les sources dépassent le revenu moyen de l'assuré avant son invalidité, elles seront proportionnellement ramenées à un pourcentage du revenu moyen (60 %, 80 %, etc.). Par exemple, le revenu de l'assuré pourrait correspondre à un pourcentage du revenu mensuel moyen des trois années les mieux rémunérées au cours des cinq années précédant l'invalidité.

La limite de participation peut également prendre la forme d'un montant maximal fixe. Par exemple, un contrat d'assurance invalidité pourrait prévoir une indemnité mensuelle de 3 000 \$ assortie d'une limite de participation de 3 500 \$.

Les sources de prestations visées par la police seront indiquées dans le contrat (par exemple, les régimes d'État seulement ou les prestations provenant de toutes les sources). On parlera alors de coordination partielle ou totale.

Il y a donc deux façons pour un assureur d'appliquer le principe de coordination. Il peut, d'une part, réduire dollar pour dollar les indemnités versées à un assuré selon les prestations qu'il reçoit d'autres sources. Il peut également réduire la somme des prestations seulement si le total des

prestations en provenance de toutes les sources excède la limite de participation prévue au contrat.

Le représentant doit donc être vigilant et lire attentivement la définition utilisée dans le contrat.

Exemple

Nous considérons ici deux scénarios.

Scénario n° 1

L'assuré possède une assurance invalidité coordonnée prévoyant une indemnité de 2 500 \$ par mois.

Scénario n° 2

L'assuré possède une assurance invalidité coordonnée prévoyant une indemnité de 2 500 \$ par mois et comportant une limite de participation de 3 000 \$ par mois.

Dans les deux scénarios, nous supposons que ces assurés reçoivent des prestations d'invalidité de 1 000 \$ par mois en vertu d'un autre contrat d'assurance invalidité (prestations non coordonnées).

Voyez le total des prestations versées aux assurés selon les deux scénarios présentés.

	Scénario n° 1	Scénario n° 2
	Assurance invalidité coordonnée	Assurance invalidité coordonnée avec une limite de participation
Prestation contractuelle prévue dans la première police	2 500 \$	2 500 \$
Prestation contractuelle prévue dans la seconde police (prestations non coordonnées)	1 000 \$	1 000 \$
Limite de participation	Ne s'applique pas	3 000 \$
Prestation payée au titre de la première police	1 500 \$	2 000 \$
Prestation payée au titre de la seconde police (prestations non coordonnées)	1 000 \$	1 000 \$
Total des prestations reçues par l'assuré	2 500 \$	3 000 \$

1.4.1.2. Les prestations non coordonnées

Certains contrats prévoient des prestations non coordonnées dans des catégories d'emploi de niveau supérieur (exemples : médecins, avocats, notaires). Ces contrats permettent à l'assuré d'obtenir une pleine prestation d'invalidité, et ce, sans égard aux autres prestations qu'il pourrait recevoir. La plupart du temps, ces contrats ciblent des classes d'assurés privilégiés qui ne sont généralement pas couverts par les différents régimes existants, comme celui de la CSST. D'ordinaire, les assurés de ces classes ont peu d'intérêt à demeurer en état d'invalidité. Une invalidité de longue durée peut compromettre la carrière des individus exerçant ce type de professions, car celles-ci exigent le maintien d'une clientèle qui peut être perdue en cas d'absence prolongée.

Exemple

Reprenons l'exemple d'Annie, mais en supposant cette fois que son contrat d'assurance invalidité individuel ne comprend pas la coordination des prestations. Son contrat prévoit le versement d'une prestation de 2 500 \$ par mois advenant une invalidité totale.

Elle subit un accident de la route et reçoit une indemnisation mensuelle de 1 000 \$ de la SAAQ.

Dans le cas présent, elle recevrait donc mensuellement 1 000 \$ provenant de la SAAQ et 2 500 \$ provenant de son assurance individuelle, pour un total de 3 500 \$ par mois.

1.4.1.3. L'utilisation du terme coordination dans les contrats

Dans leurs contrats, les assureurs utilisent parfois d'autres expressions pour décrire la coordination des prestations. Ces termes sont : cumul, intégration et réduction des prestations. Ils peuvent être expliqués de la façon suivante :

« [L']expression "coordination des prestations" est celle qui devrait être utilisée lorsqu'il s'agit d'un agencement des modalités d'un régime avec celles d'un autre régime ou programme. Par contre, l'expression "intégration des prestations" devrait être évitée, puisqu'il s'agit d'un calque de l'anglais. Malgré ce fait, plusieurs assureurs continuent d'utiliser l'expression "intégration des prestations". [...] [L']expression "cumul des prestations" devrait également être évitée, puisqu'elle laisse croire à l'assuré qu'il s'agit d'un ajout plutôt que d'une réduction¹. »

Dans le présent manuel, le terme coordination a été retenu.

1.4.1.4. Les limites d'établissement

Pour éviter le versement d'indemnités dépassant le revenu net avant invalidité, les assureurs fixent des plafonds de prestations assurables selon les classes d'assurés.

Selon le revenu

Lorsque l'assuré paie lui-même les primes, les prestations d'assurance qu'il reçoit ne sont pas assujetties à l'impôt sur le revenu. Les compagnies ont donc prévu des limites d'établissement afin de fixer une prestation en

1. « L'impossibilité pour un assureur de réduire des prestations d'assurance invalidité », dans L'assurance de personnes au Québec, Brossard, Publications CCH, no 70-930.25, p. 14, 219.

fonction des retenues d'impôt tant pour les travailleurs à faible revenu, qui paient moins d'impôt, que pour ceux à revenu élevé, qui en paient plus.

Selon la classe professionnelle et l'âge de l'assuré

Les assureurs fixent également une limite d'établissement selon la classe professionnelle et l'âge de l'assuré afin d'éviter le versement de prestations dépassant le revenu gagné avant invalidité².

1.4.2. Les engagements envers les assurés

La police, en assurance invalidité, constitue un contrat en vertu duquel l'assureur s'engage, envers les assurés, à verser des prestations en cas de survenance des risques couverts.

1.4.2.1. Le respect des engagements contractuels

Lorsqu'une compagnie accepte d'émettre un contrat d'assurance invalidité, elle sait qu'elle sera probablement amenée à traiter des réclamations à un moment ou à un autre durant la durée du contrat. Selon la *Loi sur les assurances*, un pourcentage des primes perçues par l'assureur est réservé pour répondre aux demandes de prestations. La notion de respect des engagements contractuels est cruciale pour la crédibilité des assureurs. C'est au moment d'une réclamation qu'il est possible d'évaluer la capacité de la compagnie de régier rapidement une demande d'indemnité.

1.4.2.2. Les paramètres contractuels

La notion d'engagement est difficilement dissociable du contrat en tant que tel. La vitesse de traitement des réclamations sera affectée par le type de contrat en cause. En effet, lorsque le contrat est garanti, l'étude du dossier est plus rapide, car les seuls aspects à considérer et à vérifier concernent les déclarations de l'assuré et du médecin.

Le paramètre contractuel explique également nombre de cas de refus de paiement d'une réclamation par l'assureur. En effet, le refus du règlement est souvent occasionné par une clause définissant l'invalidité. La définition de l'invalidité revêt une importance capitale au moment d'une demande de réclamation. Ainsi, il est possible de constater l'importance qui doit être accordée à la fiabilité de la compagnie, au type de contrat et aux clauses contractuelles lors du choix d'une protection d'assurance invalidité. Ces éléments affectent considérablement les paramètres de réclamation.

2. La notion de limite d'établissement sera approfondie dans la section 7.4.1. (chapitre 7).

1.4.2.3. Assuris

Les compagnies d'assurance ne sont pas à l'abri des difficultés financières et, ultimement, de la faillite. Pour cette raison, Assuris, une société à but non lucratif financée par le secteur de l'assurance vie, protège les assurés canadiens contre la perte de leurs droits en cas d'insolvabilité d'une société membre. En effet, elle garantit les engagements des assureurs dans la limite de certains plafonds. Le tableau 1.4 présente divers produits d'assurance individuelle garantis par Assuris.

Tableau 1.4 Protections offertes par Assuris

Le produit	La protection
<p>L'assurance incapacité de travail (assurance individuelle)</p> <p>Garantit le versement de prestations périodiques tant que la personne assurée est frappée d'invalidité. Le service des prestations peut se poursuivre pendant une période définie, 24 mois, par exemple, ou jusqu'à un âge déterminé, souvent 65 ans.</p>	<p>2 000 \$ – Protection du revenu mensuel applicable aux prestations périodiques.</p>
<p>L'assurance frais de santé (assurance individuelle)</p> <p>Les trois types courants d'assurance frais de santé individuelle sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. l'assurance voyage, qui rembourse les frais de santé engagés au cours d'un voyage à l'extérieur du Canada ; 2. l'assurance maladie complémentaire, qui garantit le remboursement des frais hospitaliers et médicaux qui ne sont pas pris en charge par les régimes d'État, ainsi que d'autres frais engagés notamment pour les produits d'ordonnance, le transport par ambulance et les soins infirmiers privés ; 3. l'assurance maladies redoutées, qui garantit le versement d'un capital en cas de diagnostic d'une maladie grave spécifiée au contrat. 	<p>Les garanties sont couvertes par la Protection des frais de santé, qui prévoit un plafond de 60 000 \$.</p>
<p>L'assurance soins prolongés (assurance individuelle)</p> <p>Prévoit le versement de prestations périodiques en cas de perte d'autonomie de la personne assurée, selon les conditions définies au contrat.</p>	<p>2 000 \$ – Protection du revenu mensuel applicable aux prestations périodiques.</p>

Tiré de : Assuris (<http://www.assuris.ca>).

Rappel

Voici les notions importantes à retenir de ce chapitre.

- L'intervention de l'État, par la mise en place de régimes d'invalidité dans des circonstances particulières, a eu un impact important sur l'évolution de l'assurance invalidité.
- L'État établit un régime d'assurance invalidité (RPC ou RRQ) offrant une sécurité minimale à l'individu et dont l'admissibilité réfère à la notion d'invalidité grave et prolongée.
- La période de récession des années 1990 oblige les gouvernements à effectuer des compressions budgétaires dans le domaine de la santé, ce qui a comme conséquence un accroissement important du nombre de cas d'invalidité et de leur durée.
- Le vieillissement de la population et les problèmes liés au système de santé incitent les compagnies à développer des produits spécifiques, comme l'assurance contre les maladies graves et l'assurance des soins de longue durée.
- Les conséquences d'une invalidité sur les plans financier et psychologique ont un effet direct sur le rétablissement complet du patient.
- Les statistiques démontrent clairement que les gens vivent plus longtemps aujourd'hui, mais que le pourcentage d'invalidité augmente.
- La mutualité permet à l'individu de payer une prime raisonnable en tenant compte du risque assuré.
- Le partage équitable fait référence à la classe professionnelle à laquelle appartient l'assuré.
- La loi des grands nombres est basée sur des statistiques qui permettent aux actuaires d'établir des tables de morbidité.
- L'assureur est tenu de constituer une réserve afin de faire face à ses obligations envers les assurés.
- La coordination des prestations, la limite de participation et les limites d'établissement visent à éviter la surassurance afin que l'assuré ne soit pas mieux rémunéré en état d'invalidité qu'en période de travail.
- En contrepartie d'une prime, l'assureur a l'obligation de verser les prestations selon les clauses stipulées au contrat.

Il est suggéré de répondre aux questions de l'exercice d'autoévaluation qui suit, afin de bien avoir à l'esprit les notions traitées dans le chapitre 1.

Puis, il est possible de vérifier vos réponses en consultant le corrigé de l'exercice d'autoévaluation qui se trouve à la fin de ce chapitre.

Exercice d'autoévaluation

Répondez aux questions de l'exercice d'autoévaluation. Les questions qui suivent ont pour but de vous faire réviser les sujets traités dans le chapitre. Pour chacune des questions, encerclez la bonne réponse.

Question 1

Quelles sont les conséquences, pour les assureurs, des compressions budgétaires dans le secteur de la santé ?

- a) Les assureurs doivent supporter financièrement des maux d'ordre psychologique occasionnés par l'insécurité et le stress.
- b) Les délais d'attente avant l'hospitalisation provoquent un accroissement du nombre de cas d'invalidité et de leur durée.
- c) Il s'est traduit par une multiplication des types de contrats d'assurance invalidité et de garanties complémentaires.
- d) Les gens se dirigent vers les régimes privés, ce qui a pour effet d'augmenter les frais d'exploitation.

Question 2

Quels produits d'assurance sont apparus sur le marché afin de répondre aux besoins d'une population vieillissante ?

- a) L'assurance couvrant les maladies graves et l'assurance de soins de longue durée.
- b) L'assurance invalidité de longue durée et l'assurance maladie complémentaire.
- c) Les produits d'assurance couvrant les soins de longue durée et les soins à domicile.

Question 3

Jacques et Daniel souscrivent chacun une police d'assurance invalidité dont les protections sont identiques. Jacques est diabétique alors que Daniel est en excellente santé. Est-ce que Daniel va payer la même prime que Jacques ?

- a) Non, afin qu'il y ait partage équitable des risques, l'assureur exigera que Jacques paie une prime plus élevée que celle de Daniel.
- b) Non, les probabilités de réalisation d'un risque sont trop élevées dans le cas de Jacques.
- c) Oui, cela réfère au partage des coûts de l'assurance entre les titulaires de polices comportant les mêmes garanties.
- d) Oui, c'est le principe même du partage des risques entre les assurés.

Question 4

Marie subit un accident de travail. La prestation prévue par le régime (CSST) est de 3 250 \$ par mois. Son régime d'assurance invalidité prévoit une prestation maximum de 75 % de son revenu brut (60 000 \$). Dans le cas présent, quel est le principe de base qui doit être respecté ?

- a) La surassurance. Elle ne pourra pas recevoir plus que son revenu avant invalidité.
- b) Le partage équitable entre la CSST et l'assureur.
- c) Le partage du risque entre la CSST et l'assurance invalidité de Marie.
- d) La limite de participation. Dans ce cas, Marie ne pourra pas recevoir plus de 500 \$ de son assurance invalidité.

Question 5

Denis fait une réclamation d'assurance invalidité qui est refusée par l'assureur, car son invalidité lui permet d'effectuer certaines tâches liées à son travail.

Quelle clause du contrat l'assureur a-t-il pris en considération dans sa décision ?

- a) La déclaration du médecin.
- b) La définition de l'invalidité.
- c) La profession qu'il exerçait avant son invalidité.
- d) Le type de contrat qu'il détenait.

Question 6

Quel principe est à la base de l'application de la mutualité ?

- a) La mutualité.
- b) Le partage équitable.
- c) La loi des grands nombres.
- d) La morbidité.

Question 7

Quel principe réfère à la probabilité de réalisation d'un risque d'invalidité ?

- a) La mutualité.
- b) Le partage équitable.
- c) La loi des grands nombres.
- d) La morbidité.

Question 8

Quel principe permet d'offrir l'accessibilité à des services d'assurance de qualité à tous les individus ?

- a) La mutualité.
- b) Le partage équitable.
- c) La loi des grands nombres.
- d) La morbidité.

Question 9

Stéphane détient une assurance invalidité depuis 7 ans qui lui garantit une prestation mensuelle de 3 500 \$. Sa compagnie d'assurance a déclaré faillite le mois dernier. Qui indemniserà Stéphane advenant un accident ou une maladie ?

- a) L'assureur garantit un maximum de 2 000 \$ par mois.
- b) Assuris garantit les engagements des assureurs dans la limite de certains plafonds.
- c) Assuris garantit le montant prévu au contrat.
- d) L'assureur garantit 90 % du revenu net.

Question 10

À quoi la clause de coordination des prestations sert-elle ?

- a) À réduire le coût des primes d'assurance.
- b) À éviter que l'assuré soit mieux rémunéré en état d'invalidité qu'en période de travail.
- c) À améliorer la garantie de base.
- d) À répartir les risques entre les assurés détenant le même type de protection.

Corrigé de l'exercice d'autoévaluation

Réponse 1

Quelles sont les conséquences, pour les assureurs, des compressions budgétaires dans le secteur de la santé ?

- a) Les assureurs doivent supporter financièrement des maux d'ordre psychologique occasionnés par l'insécurité et le stress.
- b) Les délais d'attente avant l'hospitalisation provoquent un accroissement du nombre de cas d'invalidité et de leur durée.**
- c) Il s'est traduit par une multiplication des types de contrats d'assurance invalidité et de garanties complémentaires.
- d) Les gens se dirigent vers les régimes privés, ce qui a pour effet d'augmenter les frais d'exploitation.

Réponse 2

Quels produits d'assurance sont apparus sur le marché afin de répondre aux besoins d'une population vieillissante ?

- a) L'assurance couvrant les maladies graves et l'assurance de soins de longue durée.**
- b) L'assurance invalidité de longue durée et l'assurance maladie complémentaire.
- c) Les produits d'assurance couvrant les soins de longue durée et les soins à domicile.

Réponse 3

Jacques et Daniel souscrivent chacun une police d'assurance invalidité dont les protections sont identiques. Jacques est diabétique alors que Daniel est en excellente santé. Est-ce que Daniel va payer la même prime que Jacques ?

- a) **Non, afin qu'il y ait partage équitable des risques, l'assureur exigera que Jacques paie une prime plus élevée que celle de Daniel.**
- b) Non, les probabilités de réalisation d'un risque sont trop élevées dans le cas de Jacques.
- c) Oui, cela réfère au partage des coûts de l'assurance entre les titulaires de polices comportant les mêmes garanties.
- d) Oui, c'est le principe même du partage des risques entre les assurés.

Réponse 4

Marie subit un accident de travail. La prestation prévue par le régime (CSST) est de 3 250 \$ par mois. Son régime d'assurance invalidité prévoit une prestation maximum de 75 % de son revenu brut (60 000 \$). Dans le cas présent, quel est le principe de base qui doit être respecté ?

- a) La surassurance. Elle ne pourra pas recevoir plus que son revenu avant invalidité.
- b) Le partage équitable entre la CSST et l'assureur.
- c) Le partage du risque entre la CSST et l'assurance invalidité de Marie.
- d) **La limite de participation. Dans ce cas, Marie ne pourra pas recevoir plus de 500 \$ de son assurance invalidité.**

Justification : les compagnies d'assurance établissent des limites de participation afin d'éviter la surassurance pendant une période d'invalidité. Dans ce cas, le maximum prévu est de 75 % de 60 000 \$, soit 45 000 \$ par année ou 3 750 \$ par mois, somme à laquelle on doit retrancher 3 250 \$ que Marie reçoit de la CSST.

Réponse 5

Denis fait une réclamation d'assurance invalidité qui est refusée par l'assureur, car son invalidité lui permet d'effectuer certaines tâches liées à son travail.

Quelle clause du contrat l'assureur a-t-il pris en considération dans sa décision?

- a) La déclaration du médecin.
- b) La définition de l'invalidité.**
- c) La profession qu'il exerçait avant son invalidité.
- d) Le type de contrat qu'il détenait.

Justification : le refus du règlement relève souvent d'une clause définissant l'invalidité.

Réponse 6

Quel principe est à la base de l'application de la mutualité?

- a) La mutualité.
- b) Le partage équitable.**
- c) La loi des grands nombres.
- d) La morbidité.

Réponse 7

Quel principe réfère à la probabilité de réalisation d'un risque d'invalidité?

- a) La mutualité.
- b) Le partage équitable.
- c) La loi des grands nombres.
- d) La morbidité.**

Réponse 8

Quel principe permet d'offrir l'accessibilité des services d'assurance de qualité à tous les individus ?

- a) **La mutualité.**
- b) Le partage équitable.
- c) La loi des grands nombres.
- d) La morbidité.

Réponse 9

Stéphane détient une assurance invalidité depuis 7 ans qui lui garantit une prestation mensuelle de 3 500 \$. Sa compagnie d'assurance a déclaré faillite le mois dernier. Qui indemniserà Stéphane advenant un accident ou une maladie ?

- a) L'assureur garantit un maximum de 2 000 \$ par mois.
- b) **Assuris garantit les engagements des assureurs dans la limite de certains plafonds.**
- c) Assuris garantit le montant prévu au contrat.
- d) L'assureur garantit 90 % du revenu net.

Réponse 10

À quoi la clause de coordination des prestations sert-elle ?

- a) À réduire le coût des primes d'assurance.
- b) **À éviter que l'assuré soit mieux rémunéré en état d'invalidité qu'en période de travail.**
- c) À améliorer la garantie de base.
- d) À répartir les risques entre les assurés détenant le même type de protection.

Retour sur les apprentissages

Cette activité d'objectivation vous permettra d'évaluer vos points forts et vos points faibles quant au développement des sous-éléments de compétence visés par ce chapitre. Vous pourrez tirer profit de cette expérience d'apprentissage en adoptant de nouvelles stratégies pour les atteindre.

Répondez aux questions du tableau à l'aide de l'échelle suivante :



Chapitre 1

Mise en contexte de l'assurance invalidité

Est-ce que je maîtrise les notions et les compétences qui me permettraient :				
De comprendre l'évolution de l'assurance invalidité ?	1	2	3	4
D'expliquer les conséquences d'une invalidité ?	1	2	3	4
De comprendre les principes qui sont à l'origine de l'assurance invalidité ?	1	2	3	4
De comprendre les principes particuliers relatifs à l'assurance invalidité ?	1	2	3	4

Estimez-vous maîtriser tous ces sous-éléments de compétence ? Si oui, félicitations ! Vous êtes maintenant en mesure de poursuivre avec le prochain chapitre.

Si vous en doutez, il vous est recommandé de revoir les sections traitant des sous-éléments de compétence non maîtrisés. Vous devriez revoir les notions qui vous permettront d'améliorer votre maîtrise de chaque sous-élément de compétence. N'oubliez pas de mettre à jour votre plan d'étude !

Lorsque vous serez satisfait de votre compréhension, passez au chapitre suivant.

Chapitre 2

Les régimes d'État

Éléments de la compétence

- Distinguer les caractéristiques des différents régimes d'État;
- Établir les modalités d'application de chacun d'eux.

Sous-éléments de la compétence

- Décrire le fonctionnement de chaque régime;
- Établir le régime qui indemniserait l'assuré en cas d'invalidité;
- Comprendre la coordination des prestations des régimes d'État avec celles des régimes privés.

Contenu

- Le Régime d'assurance-emploi;
- Le Régime québécois d'assurance parentale;
- Le Régime de rentes du Québec;
- Le Régime québécois de santé et de sécurité du travail;
- Le Régime public d'assurance automobile du Québec.

Activités d'apprentissage

- Lecture;
- Exercice d'autoévaluation;
- Corrigé de l'exercice d'autoévaluation.

2. Les régimes d'État

Ce deuxième chapitre traite des régimes d'État qui ont un effet sur les prestations d'assurance invalidité advenant une maladie ou un accident.

La première section du chapitre présente les caractéristiques générales des régimes d'État.

La deuxième section traite du Régime d'assurance-emploi. Ce régime fédéral d'assurance indemnise l'employé qui subit une perte de revenu découlant de la perte de son emploi ou qui est atteint d'invalidité à la suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle. Dans ce cas, il faudra tenir compte de la prestation reçue si l'assuré désire se prévaloir d'une assurance invalidité.

La troisième section du chapitre traite du Régime de rentes du Québec (RRQ), lequel prévoit le versement de rentes en cas de décès, d'invalidité ou au moment de la retraite. En cas d'invalidité totale et permanente, ce régime prévoit une indemnisation afin de couvrir une partie des pertes financières causées par cette invalidité.

La quatrième section porte sur le Régime québécois de santé et de sécurité du travail. Ce régime prévoit le versement de diverses indemnités afin de dédommager le travailleur victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle.

La dernière section présente certaines caractéristiques du Régime public d'assurance automobile du Québec, qui prévoit le versement d'indemnités à tous les Québécois victimes de dommages corporels causés par un accident de la route.

Il faut préciser que, dans la majorité des situations, les régimes d'État seront les premiers payeurs, et l'assurance invalidité individuelle compensera le manque à gagner, selon les modalités établies au contrat.

Il est également important de spécifier que l'objectif de ce chapitre est de permettre à l'apprenant de comprendre le rôle et les caractéristiques des protections offertes par l'État, et leur impact sur l'assurance invalidité individuelle. Il ne s'agit donc pas d'apprendre par cœur les taux de cotisation ou de prestation des différents régimes, mais plutôt de bien comprendre leur fonctionnement.

2.1. Les régimes d'État

Les régimes d'État se démarquent des autres régimes par leur caractère obligatoire et universel. Ils offrent une protection de base aux individus et sont régis par les instances gouvernementales. À l'instar des régimes privés, les régimes d'État comprennent certaines limites et restrictions.

Ils sont également sujets à diverses modifications sur la base d'initiatives gouvernementales. Ainsi, des changements peuvent toucher les conditions d'admissibilité, les cotisations, les modalités de prestation, etc. La nature et l'étendue des protections offertes sont grandement tributaires des priorités gouvernementales du moment. Les protections minimales offertes par l'État ne doivent pas être considérées dans une perspective à long terme. Il n'existe aucune garantie quant à la pérennité des programmes actuels. Toutefois, le représentant en assurance de personnes doit tenir compte de ces régimes dans l'analyse des besoins de son client.

2.1.1. L'impact de la coordination des régimes d'État

Les régimes d'État ont un impact sur les prestations d'invalidité lorsqu'ils sont coordonnés à des régimes parallèles.

En effet, lorsque les régimes d'État font l'objet de coordination, l'assureur limite le montant des prestations à verser en fonction des revenus tirés des différentes sources gouvernementales. L'assureur est tenu de verser la différence entre les revenus d'invalidité tirés des régimes d'État et le montant prévu au contrat d'assurance invalidité, en tenant compte de la limite de participation s'il y a lieu.

2.2. Le Régime d'assurance-emploi (A-E)

Le Régime d'assurance-emploi, comme son nom l'indique, assure un revenu dans le cas de la perte d'un revenu d'emploi. Cette section du manuel en présente les paramètres généraux de même que les liens qui existent entre ce régime et la protection en cas d'invalidité.

2.2.1. L'admissibilité

Comme dans la majorité des programmes de protection, l'accès aux prestations d'assurance-emploi est conditionnel. Ainsi, pour être admissible aux prestations de ce régime, un employé doit avoir subi un arrêt de rémunération et avoir occupé un emploi assurable durant un certain nombre d'heures. Ces heures travaillées doivent avoir été cumulées au cours d'une période de référence déterminée. Cette période couvre généralement les 52 semaines précédant la date de prise d'effet de la demande de prestations d'origine.

2.2.2. Le délai de carence

Le régime de l'assurance-emploi prévoit un délai de carence de deux semaines entre le début du droit aux prestations et le versement effectif de ces dernières.

2.2.3. Les cotisations

2.2.3.1. La cotisation de l'employé

Le régime d'assurance-emploi est financé tant par l'employeur que par l'employé. Leur cotisation respective est calculée sur la base d'une tranche de 100 \$ de rémunération assurable brute. Le montant de cotisation est toutefois régi par certains plafonds, dont le montant maximal de la rémunération annuelle assujettie à ce régime; en 2007, ce montant est de 40 000 \$.

Le taux de cotisation applicable au Québec est inférieur au taux national en raison du fait que, depuis janvier 2006, la province offre ses propres prestations parentales³. Ainsi, le taux de cotisation de l'employé à l'assurance-emploi est de 1,46 \$ par 100 \$ de rémunération, pour un maximum de cotisation annuelle de 584 \$, soit $40\,000 \$ \times 1,46 \$ \div 100$.

3. Dans le reste du Canada, les prestations parentales sont offertes par le régime d'assurance-emploi.

2.2.3.2. La cotisation de l'employeur

Le taux de cotisation de l'employeur applicable au Québec est, à l'instar du taux de l'employé, inférieur au taux national.

Le taux de cotisation de l'employeur par 100 \$ de rémunération assurable brute équivaut à 1,4 fois la cotisation de l'employé. L'employeur est donc tenu de verser 2,04 \$ par tranche de 100 \$ de rémunération assurable brute pour chacun de ses employés, suivant un plafond salarial de 40 000 \$, pour un maximum de cotisation annuelle de 816 \$ par employé, soit $40\,000 \$ \times 2,04 \$ + 100$.

2.2.4. Les prestations

2.2.4.1. Les conditions de paiement des prestations

Dès le début de la période de paiement des prestations, l'individu doit être en mesure de prouver, pour chaque jour indemnisé, qu'il peut travailler et qu'il est disponible pour occuper un emploi.

2.2.4.2. La période de prestations

La période de prestations en cas de perte d'emploi est d'une durée maximale de 45 semaines, selon le taux de chômage et les heures assurables accumulées. Les prestations sont payables sur une base hebdomadaire et assujetties à l'impôt sur le revenu. Cela signifie que le nombre de semaines payables ne peut pas s'échelonner sur une période plus longue, à moins que le prestataire n'obtienne une prolongation.

2.2.4.3. Le montant des prestations

Le montant des prestations payables en vertu du Régime d'assurance-emploi est fondé sur le revenu assurable de l'individu, sans toutefois dépasser le revenu assurable maximal permis, qui est de 40 000 \$ en 2007.

Généralement, l'individu reçoit des indemnités équivalant à 55 % de sa rémunération assurable brute moyenne. Le montant maximal des prestations hebdomadaires est donc de 423 \$, soit $40\,000 \$ \times 0,55 + 52$ semaines.

2.2.5. Les prestations spéciales en cas de maladie, d'accident ou de mise en quarantaine

En plus des prestations régulières destinées aux travailleurs qui subissent un arrêt de rémunération à cause de la perte de leur emploi, le régime d'assurance-emploi prévoit des prestations spéciales en cas de maladie,

d'accident ou de mise en quarantaine. Des règles d'admissibilité propres à ces prestations spéciales sont en vigueur.

Les prestations spéciales en cas de maladie ou d'accident sont payables lorsqu'une personne cesse de travailler ou voit son revenu d'emploi hebdomadaire habituel diminuer d'au moins 40 % à la suite d'une maladie, d'une blessure ou d'une mise en quarantaine. Les prestations sont payables pour la durée de l'incapacité, jusqu'à un maximum de 15 semaines, selon les conditions d'admissibilité suivantes :

- l'individu a occupé un emploi assurable pendant une période de 600 heures, et ce, durant la période de référence;
- l'individu a fourni une preuve médicale de son incapacité à travailler.

2.2.5.1. Le délai de carence

De façon générale, le délai de carence est de 2 semaines, mais il peut être annulé si l'individu est en congé de maladie payé par son employeur après son dernier jour de travail.

2.2.5.2. Le montant des prestations

Comme dans le cas des prestations régulières, le montant des prestations spéciales payables est fondé sur le revenu assurable de l'individu, sans toutefois dépasser le revenu assurable maximal permis, soit 40 000 \$ en 2007.

Les prestations spéciales équivalent à 55 % de la rémunération assurable brute moyenne. Le montant maximal des prestations spéciales est donc de 423 \$ par semaine, soit $40\,000 \$ \times 0,55 \div 52$ semaines.

2.2.5.3. L'abandon volontaire de l'emploi ou le congédiement

Mentionnons enfin que, dans le cadre du régime d'assurance-emploi, certains prestataires n'ayant pas droit aux prestations régulières en raison d'un abandon volontaire de l'emploi ou d'un congédiement pour inconduite peuvent demeurer admissibles aux prestations spéciales en cas de maladie, d'accident ou de mise en quarantaine.

2.2.6. Le supplément de revenu familial

Les personnes faisant partie d'une famille à faible revenu (moins de 25 921 \$ brut en 2007) avec enfant peuvent recevoir une prestation pouvant atteindre 80 % de leur revenu assurable, à la condition que leur prestation totale n'excède pas 423 \$ par semaine. Les critères d'admissibilité liés au

supplément de revenu familial sont semblables à ceux des prestations fiscales pour enfants.

2.2.7. La coordination des prestations d'assurance-emploi

Lors de l'émission des contrats d'assurance, la plupart des compagnies d'assurance font automatiquement la coordination de leurs prestations avec celles de l'assurance-emploi lorsqu'il s'agit d'une prestation mensuelle. Toutefois, lorsque les indemnités sont versées de façon forfaitaire, la coordination des prestations n'est pas considérée.

Après une période de 120 jours ou de 17 semaines (délai de carence de deux semaines si l'employé n'a pas bénéficié d'un congé de maladie payé par son employeur après son dernier jour de travail + période de couverture de 15 semaines), qui est la période de couverture octroyée en vertu du Régime d'assurance-emploi en cas de maladie, d'accident ou de mise en quarantaine, l'assuré pourra recevoir, de son régime d'assurance salaire individuelle, le montant total de la prestation prévue au contrat.

L'exemple qui suit permet de mieux comprendre les modalités de coordination entre l'assurance-emploi et un régime d'assurance invalidité individuelle.

Exemple

Marie cotise à l'assurance-emploi et gagne un salaire annuel de 40 000 \$. Sur la base de son régime d'assurance invalidité individuel, elle a droit à une rente mensuelle maximale nette de 2 000 \$ à la suite d'une invalidité, après un délai de carence de 30 jours.

Si elle est atteinte d'invalidité, Marie recevra une prestation mensuelle nette de 1 419 \$ de l'assurance-emploi, soit $(40\,000 \$ \times 77,4 \% \times 55 \%) + 12$:

40 000 \$ correspond au maximum de la rémunération annuelle en ce qui a trait à la cotisation;

77,4 % correspond au taux net après le retranchement de l'impôt sur le revenu (22,6 %);

55 % correspond au taux de prestations du régime. Cette prestation sera versée sur une période maximale de 15 semaines.

Exemple (suite)

Après le délai de carence de 30 jours, soit 15 jours après le début du versement des prestations spéciales d'assurance-emploi, l'assureur privé de Marie procédera au versement de la différence entre la prestation mensuelle prévue au contrat (2 000 \$) et la prestation versée par l'assurance-emploi (1 419 \$), soit 581 \$ non imposable. L'assureur versera ce montant durant les 15 semaines pendant lesquelles Marie sera indemnisée par le Régime d'assurance-emploi.

Après les 15 semaines de coordination des prestations, l'assureur sera tenu de verser à Marie le montant total de la prestation prévue au contrat d'assurance invalidité individuelle, soit 2 000 \$.

Pour de plus amples renseignements sur le Régime d'assurance-emploi, consulter le site Internet du gouvernement du Canada, à l'adresse suivante : <http://www1.servicecanada.gc.ca/fr/ae/menu/accueilae.shtml>.

2.3. Le Régime québécois d'assurance parentale (RQAP)

Comme nous l'avons vu, la province du Québec a la responsabilité du versement des prestations de maternité et de paternité, des prestations parentales et des prestations d'adoption pour les résidents du Québec depuis le 1^{er} janvier 2006, par l'entremise du Régime québécois d'assurance parentale (RQAP). Le régime comporte les caractéristiques générales suivantes :

- le revenu assurable maximal est de 59 000 \$;
- les prestations peuvent atteindre 75 % du revenu hebdomadaire moyen;
- le régime offre aux parents le choix entre deux options en ce qui a trait à la durée du congé;
- les prestations sont payables à compter du premier jour d'admissibilité;
- le revenu assurable minimal est de 2 000 \$;
- à l'instar des travailleurs salariés, les travailleurs autonomes ont accès au régime;
- le RQAP prévoit des prestations réservées au père.

Afin d'être admissible au RQAP, on doit être le parent d'un enfant né ou adopté le ou après le 1^{er} janvier 2006.

Un travailleur salarié doit également satisfaire aux conditions d'admissibilité suivantes :

- résider au Québec au début de la période de prestations;
- avoir cessé de travailler ou avoir connu une diminution d'au moins 40 % de son revenu d'emploi hebdomadaire habituel;
- avoir un revenu assurable d'au moins 2 000 \$ au cours de la période de référence, et ce, peu importe le nombre d'heures travaillées.

Un travailleur autonome doit satisfaire aux conditions d'admissibilité suivantes :

- résider au Québec au début de la période de prestations et avoir résidé au Québec le 31 décembre de l'année précédant le début de la période de prestations;
- avoir cessé ses activités d'entreprise ou avoir réduit le temps consacré à ses activités d'entreprise d'au moins 40 %;
- avoir un revenu assurable d'au moins 2 000 \$ au cours de la période de référence.

Dans le cas où un individu est à la fois travailleur salarié et travailleur autonome, il doit satisfaire aux conditions d'admissibilité suivantes :

- résider au Québec au début de la période de prestations et avoir résidé au Québec le 31 décembre de l'année précédant le début de la période de prestations;
- avoir cessé ses activités d'entreprise ou avoir réduit le temps consacré à ses activités d'entreprise d'au moins 40 %, et avoir cessé de travailler ou avoir connu une diminution d'au moins 40 % de son revenu d'emploi hebdomadaire habituel;
- avoir un revenu assurable d'au moins 2 000 \$ au cours de la période de référence.

Pour de plus amples renseignements sur le Régime québécois d'assurance parentale, consulter le site Internet d'Emploi et solidarité sociale Québec, à l'adresse suivante : <http://www.rqap.gouv.qc.ca>.

2.3.1. Les cotisations

2.3.1.1. La cotisation de l'employé

Il va de soi que les travailleurs québécois doivent cotiser au RQAP. La cotisation au RQAP s'applique aux salaires versés depuis le 1^{er} janvier 2006. Le montant maximal des revenus assurables pour l'année d'imposition 2007 est de 59 000 \$. Le taux de cotisation de l'employé par 100 \$ de rémunération assurable brute est de 0,416 \$, et la cotisation annuelle maximale est de 245,44 \$, soit $59\,000 \$ \times 0,416 \$ + 100$. Le taux applicable en 2007, pour les travailleurs autonomes, est de 0,737 \$, et la cotisation annuelle maximale est de 434,83 \$, soit $59\,000 \$ \times 0,737 \$ + 100$.

2.3.1.2. La cotisation de l'employeur

L'employeur doit également cotiser au RQAP, selon un taux de 0,583 \$ par 100 \$ de rémunération assurable brute en 2007. Le maximum de cotisation annuelle de l'employeur par employé est donc de 343,97 \$, soit $59\,000 \$ \times 0,583 \$ + 100$.

2.4. Le Régime de rentes du Québec (RRQ)

Le Régime de rentes du Québec prévoit le versement d'une rente de retraite, d'une rente au conjoint survivant et d'une rente d'orphelin. Il prévoit également le paiement d'une rente d'invalidité.

La présente section aborde les caractéristiques du RRQ, principalement en ce qui concerne les prestations d'invalidité, soit :

- l'admissibilité;
- les cotisations;
- les prestations;
- l'indexation;
- la pénalité selon l'âge;
- le partage en cas de divorce.

2.4.1. L'admissibilité

Le RRQ est caractérisé par une adhésion obligatoire pour tous les travailleurs ayant des revenus d'emploi supérieurs à l'exemption générale. Le régime prévoit un revenu assurable maximal établi annuellement. Il est administré par la Régie des rentes du Québec et la Caisse de dépôt et placement du Québec, qui gère le fonds du régime.

2.4.1.1. Les conditions d'admissibilité

Afin d'être admissible aux prestations d'invalidité du RRQ, un individu doit :

- avoir suffisamment cotisé au Régime de rentes du Québec;
- avoir 18 ans ou plus et avoir moins de 65 ans;
- être atteint d'une invalidité grave et permanente reconnue par la Régie, c'est-à-dire être incapable, en raison de son état de santé, d'exercer un emploi véritablement rémunérateur;
- en faire la demande.

Note

La période pendant laquelle un travailleur cotise au régime commence lorsqu'il a 18 ans ou a commencé en 1966 (date d'entrée en vigueur du RRQ), et se termine le mois à partir duquel il est reconnu invalide par la Régie des rentes du Québec.

2.4.2. Les cotisations

Le RRQ est financé par les employés (par des retenues à la source) et par les cotisations des employeurs. Les travailleurs non salariés, comme les travailleurs autonomes, contribuent au régime en versant une cotisation annuelle correspondant à un montant équivalent à la part de l'employé et à celle de l'employeur. Ces cotisations sont perçues par Revenu Québec et sont gérées par la Caisse de dépôt et placement du Québec.

2.4.2.1. Le calcul des cotisations

Le calcul des cotisations se fait sur la base du revenu admissible. En 2007, le revenu assurable maximal est de 43 700 \$. Le régime prévoit une exemption générale de 3 500 \$, et le taux de cotisation maximal, tant pour l'employé que pour l'employeur, est de 4,95 %. Ainsi, les cotisations maximales payables par l'employé sont de 1 989,90 \$, soit $(43\,700 \$ - 3\,500 \$) \times 4,95 \%$. Le même montant s'applique pour l'employeur, son taux de cotisation maximal étant le même que celui de l'employé.

Les travailleurs autonomes doivent assumer des cotisations correspondant au total des cotisations de l'employé et de l'employeur. Ainsi, leur taux de cotisation annuel maximal est de 9,9 %. Les cotisations maximales exigibles dans leur cas sont donc de 3 979,80 \$ annuellement, soit $(43\,700 \$ - 3\,500 \$) \times 9,9 \%$.

2.4.2.2. La complémentarité du Régime de pensions du Canada (RPC) et du RRQ

Il convient de mentionner que les conditions et les règles régissant le RPC sont les mêmes que celles du RRQ. Ainsi, la Régie des rentes du Québec tient compte des cotisations versées à chacun de ces deux régimes lorsque vient le moment d'établir l'admissibilité d'un individu aux prestations et le montant associé à ces dernières. Une personne habitant à l'extérieur du Canada ne perd pas ses droits acquis au regard de l'un ou l'autre des deux régimes. Elle peut être admissible à des prestations grâce à des accords de sécurité sociale conclus entre le Canada et 51 pays, et entre le Québec et 30 pays.

2.4.3. Les prestations d'invalidité

En ce qui concerne les prestations d'invalidité du RRQ, il convient de mentionner que celles-ci sont imposables et comportent un délai de carence de quatre mois. En 2007, la rente mensuelle versée est de 405,93 \$, à laquelle s'ajoute une part variable calculée sur la base des cotisations versées au régime.

Ainsi, le montant de la prestation mensuelle peut varier entre 405,93 \$ et 1 053,74 \$. Le RRQ prévoit une majoration de la prestation dans le cas où la personne invalide a des enfants à sa charge.

2.4.3.1. La définition de l'invalidité

Afin d'avoir accès à une prestation d'invalidité du RRQ, l'invalidité affectant une personne doit correspondre à la définition de l'invalidité reconnue par la Régie des rentes du Québec. Cette dernière instance caractérise l'invalidité comme étant une incapacité permanente, d'une durée indéfinie ou pouvant causer le décès.

Une personne de moins de 60 ans est considérée comme invalide si elle est incapable d'exercer, de façon régulière, un emploi rémunéré rapportant plus qu'un certain montant établi chaque année. Ce montant s'élève à 12 644,88 \$ en 2007.

Une personne âgée entre 60 et 65 ans est considérée comme invalide si elle est incapable d'exercer, de façon régulière, l'emploi rémunéré qu'elle occupait au moment où elle a cessé de travailler en raison de son invalidité. Il est à noter que l'invalidité peut avoir commencé jusqu'à 12 mois avant la demande d'indemnisation.

Lorsqu'une personne atteint l'âge de 65 ans, elle n'est plus admissible aux prestations d'invalidité du RRQ. En contrepartie, elle devient admissible à la rente de retraite du RRQ et à la pension de la Sécurité de la vieillesse du Canada.

2.4.4. L'indexation

Les indemnités versées par le RRQ sont indexées. Ainsi, toute rente en cours de paiement est majorée le 1^{er} janvier de chaque année. Pour établir le taux d'indexation, on tient compte du rapport entre l'indice des prix à la consommation (IPC) de l'année en cours et celui de l'année précédente, ainsi que du montant de la rente annuelle à indexer. Le taux d'indexation des rentes d'invalidité en 2007 est de 2,1 %. Ainsi, une rente annuelle de 25 000 \$ au 1^{er} janvier 2006 est indexée, en 2007, de 525 \$ ($25\,000 \$ \times 0,021$) sur une base annuelle, soit 43,75 \$ ($525 \$ \div 12 = 43,75 \$$) sur une base mensuelle.

2.4.5. Les pénalités selon l'âge

Comme nous l'avons vu dans la section 2.4.3.1., l'invalidité reconnue par la Régie des rentes du Québec peut varier selon l'âge du demandeur. Cet aspect est important, puisque la définition de l'invalidité établit l'admissibilité ou non d'une personne aux indemnités versées par le régime.

Ainsi, alors qu'une personne de moins de 60 ans peut recevoir une rente d'invalidité à la condition d'être incapable d'accomplir tout type de travail et d'être atteinte d'une incapacité devant durer indéfiniment, la règle s'assouplit dans le cas d'une personne qui a entre 60 et 65 ans. Dans ce dernier cas, il suffit qu'elle ne soit plus en mesure de faire son travail rémunéré habituel et que son invalidité l'ait forcée à quitter son emploi pour qu'elle soit admissible à une rente d'invalidité.

À partir de 65 ans, il n'est plus question de rente d'invalidité. En effet, cette dernière est remplacée par une rente de retraite. Dans le cas où une personne a été reconnue invalide après le 31 décembre 1998, le montant de la rente de retraite est réduit de 0,5 % pour chaque mois d'indemnisation séparant son 60^e anniversaire du versement de la prestation de retraite à 65 ans. Cette indexation de 0,5 % s'applique de la même façon que dans le cas d'une retraite anticipée. L'exemple qui suit illustre cette situation.

Exemple

Jules a commencé à percevoir des prestations d'invalidité à la date exacte de son 62^e anniversaire. Il a maintenant 65 ans, et sa rente d'invalidité est remplacée par une rente de retraite. Ayant touché une prestation d'invalidité pendant une période de 36 mois entre 60 et 65 ans, il verra sa rente de retraite diminuée de 18 %, comparativement à celle qu'il aurait reçue s'il avait travaillé jusqu'à 65 ans. Par conséquent, si Jules aurait normalement dû toucher 800 \$ par mois (100 % de la rente de retraite), il ne touchera plus que 656 \$, soit 82 % (100 % - 18 %) de la rente prévue initialement.

2.4.6. La coordination des prestations

L'assurance invalidité individuelle prévoit la coordination des prestations d'invalidité provenant du RRQ. Dans ce cas, l'assureur réduit le montant des prestations reçues par le régime. Toutefois, certains contrats ne coordonnent pas les prestations provenant de ce régime en tenant compte de l'aspect restrictif de la définition de l'invalidité de celui-ci. De plus, les sommes versées sont en fonction des cotisations versées par le travailleur et du revenu assurable maximal.

Pour de plus amples renseignements sur le Régime de rentes du Québec, consulter le site Internet de la Régie des rentes du Québec à l'adresse suivante : <http://www.rrq.gouv.qc.ca>.

2.5. Le Régime québécois de santé et de sécurité du travail

Le Régime québécois de santé et de sécurité du travail est géré par la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST). Ce régime a pour objectif premier d'offrir un soutien financier aux travailleurs victimes d'accidents de travail ou de maladies professionnelles. Afin d'offrir une vision juste de la position occupée par le régime dans le domaine de la protection contre l'invalidité, la présente section aborde quatre paramètres centraux de ce régime :

- son fonctionnement;
- le calcul du revenu;
- les indemnités;
- la coordination des prestations.

2.5.1. Le fonctionnement

Le Régime québécois de santé et de sécurité du travail prévoit le versement d'indemnités de remplacement de revenu dans le cas où un travailleur est victime d'un accident de travail ou est atteint d'une maladie professionnelle. Seul l'employeur est tenu de verser des cotisations dans le cadre de ce régime. Le taux de cotisation est établi par la CSST. En 2007, le régime comporte les modalités de fonctionnement suivantes :

- pour la journée où s'est produit l'accident de travail, le travailleur reçoit la pleine rémunération à laquelle il aurait eu droit en temps normal, de la part de son employeur;
- pour les 14 jours suivant cette journée, le travailleur reçoit 90 % de son revenu net à titre d'indemnités, et ce, pour chaque journée ou partie de journée normalement travaillée. Durant ces 14 jours, les prestations d'invalidité sont versées par l'employeur qui, par la suite, est remboursé par la CSST;
- à partir de la 15^e journée, la CSST indemnise directement le travailleur par l'entremise de prestations toujours équivalentes à 90 % de son revenu net.

Outre l'indemnité de remplacement du revenu, le régime prévoit le versement d'une indemnité forfaitaire pour dommages corporels, une indemnité de décès et la couverture de certains frais engagés par le travailleur en situation d'invalidité.

Les prestations versées à l'employé ne sont pas soumises aux retenues d'impôt; elles ne peuvent pas être saisies et elles sont incessibles. Il faut également mentionner qu'elles sont indexées sur une base annuelle.

2.5.2. Le calcul du revenu

La notion de calcul du revenu est centrale dans le cas du Régime québécois de santé et de sécurité du travail, puisque c'est sur cette base que l'indemnité de remplacement de revenu est établie. En vertu du régime, le calcul du revenu se fonde sur le salaire brut et le revenu net du travailleur.

Le salaire annuel brut assurable maximal est de 59 000 \$ en 2007. Ce plafond est ajusté chaque année.

Sur la base du salaire brut retenu, il est possible d'établir le salaire net du travailleur en appliquant à ce montant les retenues relatives aux impôts fédéral et provincial, au RRQ, à l'assurance-emploi et au RQAP. À noter que la situation familiale du travailleur, aux fins des lois de l'impôt, est prise en considération.

Afin d'augmenter le montant de son indemnité de remplacement de revenu, un travailleur peut faire la démonstration, auprès de la CSST, qu'il touchait un revenu brut annuel supérieur à celui indiqué au contrat de travail dans les 12 mois précédant son invalidité. Le régime tient compte des bonis, des primes, des pourboires, des commissions, des majorations pour heures supplémentaires et des prestations d'assurance-emploi dans le calcul du revenu.

2.5.3. Les indemnités

Comme nous l'avons déjà mentionné, le Régime québécois de santé et de sécurité du travail prévoit diverses indemnités en plus de l'indemnité de remplacement du revenu, dont l'indemnité forfaitaire pour préjudice corporel.

Cette protection prévoit le versement d'un montant unique dans le cas où l'intégrité physique ou psychique d'un travailleur est affectée de façon permanente. Le montant forfaitaire correspond au produit du pourcentage de l'altération permanente de l'intégrité physique ou psychique et du montant indiqué à la table des indemnités, en fonction de l'âge du travailleur au moment de la lésion professionnelle. Le montant est fixé en fonction du déficit anatomo-physiologique (les séquelles déterminées médicalement), du préjudice esthétique, ainsi que des douleurs et de la perte de jouissance de la vie en résultant. Il va de soi que le résultat du calcul ne peut excéder 100 % de l'indemnité. Il convient également de mentionner que la loi prévoit, en 2007, le versement d'une indemnité forfaitaire minimum de 904 \$.

Le Régime québécois de santé et de sécurité du travail prévoit également le versement d'indemnités en cas de décès du travailleur au travail. Les caractéristiques de cette protection sont les suivantes :

- les indemnités mensuelles sont payables au conjoint du travailleur décédé et sont égales à 55 % de l'indemnité de remplacement du revenu

qui avait cours au moment du décès. Ces versements sont payables sur une période allant de un à trois ans, selon l'âge du conjoint ;

- une somme forfaitaire est également remise au conjoint. Le montant de base est de 90 453 \$ (en 2007). Il peut atteindre trois fois le salaire brut du travailleur au moment du décès, et ce, jusqu'à concurrence du salaire annuel assurable maximal. Cette somme n'affecte nullement les prestations du R.R.Q. auxquelles peut avoir droit le bénéficiaire ;
- chacun des enfants mineurs du travailleur décédé reçoit une rente mensuelle de 453 \$, jusqu'à sa majorité. La rente est sujette à une indexation annuelle. À l'âge de 18 ans, l'enfant reçoit une somme forfaitaire de 16 285 \$, à la condition d'être aux études à temps complet ;
- dans le cas où un enfant du travailleur est âgé de 18 à 25 ans et poursuit des études à temps complet au moment du décès, un montant forfaitaire de 16 285 \$ lui est immédiatement versé ;
- la CSST assume les frais funéraires jusqu'à concurrence de 2 713 \$ et les frais de transport du corps. Ces frais sont remboursés à la personne les ayant acquittés ;
- le conjoint ou les personnes à charge reçoivent 1 809 \$, en 2007, à titre d'allocation spéciale au conjoint, afin de les aider à acquitter les autres frais relatifs au décès du travailleur.

Enfin, le Régime québécois de santé et de sécurité du travail prévoit le remboursement de divers frais liés aux lésions professionnelles. Ces frais sont :

- l'assistance médicale (soins hospitaliers, médicaments et autres produits pharmaceutiques, prothèses et orthèses) ;
- les frais de réadaptation, qu'elle soit physique, sociale ou professionnelle (frais d'adaptation du domicile ou du véhicule principal, frais de garde d'enfants ou d'entretien du domicile, frais de formation et de recyclage).

Pour de plus amples renseignements sur le Régime québécois de santé et de sécurité du travail, consulter le site Internet de la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec, à l'adresse suivante : <http://www.csst.qc.ca/Portail/fr/index.htm>.

2.5.4. La coordination des prestations

Comme dans le cas de divers autres régimes, l'assurance invalidité individuelle prévoit la coordination des prestations versées en tant qu'indemnité de remplacement du revenu du Régime québécois de santé et de sécurité du travail. Pour éviter la surassurance, l'assureur réduit le montant des prestations versées à l'individu en tenant compte des sommes reçues de sources parallèles, et s'il y a lieu, en fonction de la limite de participation déterminée au contrat de ce dernier.

Les modalités de coordination applicables entre l'assurance invalidité individuelle et le régime d'État sont illustrées dans les exemples qui suivent. Le premier cas présente la situation d'un travailleur ayant un revenu supérieur au revenu maximal considéré (59 000 \$) par la CSST. Le second exemple illustre la situation d'un travailleur ayant un revenu inférieur à ce maximum.

Exemple 1

En 2007, Bernard a droit à une prestation mensuelle maximale de 3 500 \$ en vertu de son contrat coordonné d'assurance invalidité individuelle. Bernard est salarié et gagne un revenu annuel brut de 75 000 \$. En vertu du Régime québécois de santé et de sécurité du travail, la CSST verse une indemnité sur la base d'un revenu maximal de 59 000 \$. L'ensemble des retenues d'impôt s'appliquant dans le cas de Bernard correspond à 30 % de son revenu brut.

Dans l'éventualité d'une invalidité de Bernard, la coordination des prestations se fera de la façon suivante :

Coordination des prestations - scénario 1	
A. Revenu brut considéré par la CSST	59 000,00 \$
B. Impôts ($A \times 0,30$)	(17 700,00)\$
C. Cotisations au RRQ (maximum de cotisations)	(1 989,90)\$
D. Cotisations à l'assurance-emploi (maximum de cotisations)	(584,00)\$
E. Cotisations au RQAP (maximum de cotisations)	(245,44)\$
F. Total des retenues ($B + C + D + E$)	(20 519,34)\$
G. Revenu net ($A - F$)	38 480,66 \$
H. Indemnité de remplacement de revenu ($G \times 0,90$)	34 632,59 \$
I. Indemnité mensuelle de la CSST ($H \div 12$)	2 886,05 \$
J. Indemnité mensuelle de l'assureur ($3\,500 \$ - I$)	613,95 \$
K. Total des prestations ($I + J$)	3 500,00 \$

L'indemnité de remplacement de revenu est établie en fonction du salaire net du travailleur.

Bien que Bernard gagne 75 000 \$ par année, l'indemnité versée par la CSST sera établie en fonction d'un revenu maximal de 59 000 \$ (A), auquel il faut appliquer les retenues d'impôts fédéral et provincial (B), ainsi que les cotisations à la Régie des rentes du Québec (C), à l'assurance-emploi (D) et au Régime québécois d'assurance parentale (E).

Le total des retenues s'élève à 20 519,34 \$ (F), ce qui permet d'établir un revenu net de 38 480,66 \$ (G). L'indemnité correspond à 90 % du revenu net, soit 34 632,59 \$ par année (H), ou 2 886,05 \$ par mois (I).

En vertu de son contrat d'assurance invalidité individuelle, Bernard a droit à une prestation mensuelle maximale de 3 500 \$. La coordination des prestations tiendra compte de l'indemnité de 2 886,05 \$ versée par la CSST. Le montant versé par l'assureur sera de 613,95 \$ (J). Le travailleur pourra bénéficier d'un montant total de 3 500 \$ (K), ce qui correspond au maximum de rentes prévu par son contrat.

Exemple 2

Suzette possède une assurance invalidité coordonnée prévoyant une indemnité de 1 500 \$ par mois et comportant une limite de participation de 2 000 \$.

En 2007, Suzette gagne un revenu annuel brut de 34 000 \$. En vertu du Régime québécois de santé et de sécurité du travail, la CSST verse une indemnité sur la base d'un revenu de 34 000 \$, puisque celui-ci est inférieur au maximum admissible de 59 000 \$. L'ensemble des retenues d'impôt s'appliquant au cas de Suzette correspond à 20 % de son revenu brut. La coordination des prestations se fera de la façon suivante :

Coordination des prestations - scénario 2	
A. Revenu brut considéré par la CSST	34 000,00 \$
B. Impôts ($A \times 0,20$)	(6 800,00)\$
C. Cotisations au RRQ ($30\,500 \$ \times 0,0495$)*	(1 509,75)\$
D. Cotisations à l'assurance-emploi ($34\,000 \$ \times 1,46 \div 100$)	(496,40)\$
E. Cotisations au RQAP ($34\,000 \$ \times 0,416 \div 100$)	(141,44)\$
F. Total des retenues ($B + C + D + E$)	(8 947,59)\$
G. Revenu net ($A - F$)	25 052,41 \$
H. Indemnité de remplacement de revenu ($G \times 0,90$)	22 547,17 \$
I. Indemnité mensuelle de la CSST ($H \div 12$)	1 878,93 \$
J. Indemnité mensuelle de l'assureur ($2\,000 \$ - I$)	121,07 \$
K. Total des prestations ($I + J$)	2 000,00 \$

* Ligne C : Cotisations au RRQ = Revenu moins l'exemption de base ($34\,000 \$ - 3\,500 \$ = 30\,500 \$$)

Dans l'exemple de Suzette, le revenu net est établi sur la base d'un revenu brut de 34 000 \$ (A), puisqu'il ne dépasse pas le maximum prévu par le régime. Il faut appliquer les retenues d'impôts fédéral et provincial (B), ainsi que les cotisations à la Régie des rentes du Québec (C), à l'assurance-emploi (D) et au Régime québécois d'assurance parentale (E). Le total des retenues s'élève à 8 947,59 \$ (F), ce qui permet d'établir un revenu net de 25 052,41 \$ (G). L'indemnité correspond à 90 % du revenu net, soit 22 547,17 \$ par année (H), ou 1 878,93 \$ par mois (I).

Le montant mensuel total versé au prestataire respecte la limite de participation établie par l'assureur (2 000 \$). Le montant versé par ce dernier n'excède pas la rente prévue au contrat (1 500 \$). En effet, la compagnie d'assurance, après la coordination, ne verse que 121,07 \$ de rente mensuelle à l'assurée.

Le montant résultant de la coordination peut différer d'une compagnie d'assurance à l'autre, mais il ne doit pas dépasser le revenu gagné par l'individu avant son invalidité.

2.6. Le Régime public d'assurance automobile du Québec

Bien connu des Québécois, le Régime public d'assurance automobile du Québec est le régime d'État responsable du maintien d'une certaine protection d'assurance pour l'ensemble des usagers de la route. En raison de son mandat, il va de soi qu'il existe un lien étroit entre le régime et la notion d'invalidité. La présente section porte sur les caractéristiques du régime. Elle permet, entre autres, d'explorer son fonctionnement, d'aborder l'assurance responsabilité, de se familiariser avec les indemnités versées en vertu du régime et, enfin, d'avoir une vue d'ensemble des modalités de coordination des prestations octroyées aux personnes souffrant d'une invalidité.

2.6.1. Le fonctionnement

Le Régime public d'assurance automobile du Québec vise à offrir une protection aux usagers québécois de la route : les conducteurs, les passagers, les motocyclistes, les cyclistes, les piétons et les autres usagers de la route victimes de dommages corporels causés par un accident d'automobile. Le régime prévoit l'indemnisation des accidentés, qu'ils soient considérés comme responsables ou non de l'accident. Le régime est administré par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). Il couvre toute personne québécoise, que celle-ci soit au Québec ou ailleurs, au moment de l'accident.

Le Régime public d'assurance automobile du Québec est financé par trois sources principales :

- les primes d'immatriculation ;
- les primes de renouvellement du permis de conduire ;
- une taxe de vente sur l'essence.

2.6.2. L'assurance responsabilité

Tout détenteur d'une automobile immatriculée au Québec a l'obligation de souscrire une assurance de responsabilité civile d'un montant minimum de 50 000 \$. Cette assurance est obtenue par l'entremise de compagnies privées et vise à couvrir les dommages matériels causés à autrui et occasionnés par le véhicule. De plus, l'assurance responsabilité civile est d'un montant minimal de 1 000 000 \$ pour les transporteurs, de 2 000 000 \$ pour les transporteurs de matières dangereuses et de 500 000 \$ pour les véhicules « hors route ».

2.6.3. Les indemnités

Le Régime public d'assurance automobile du Québec prévoit le versement de différentes indemnités en fonction de la situation particulière de la victime. De façon générale, huit types d'indemnités peuvent être versées :

- l'indemnité de remplacement de revenu ;
- l'indemnité pour la perte d'emploi (possibilité de prolongation de l'indemnité de remplacement de revenu pour une période maximale d'un an) ;
- l'indemnité forfaitaire pour séquelles permanentes ;
- l'indemnité de remboursement de certains frais occasionnés par l'accident ;
- l'indemnité pour des frais de garde ou d'aide à domicile ;
- l'indemnité pour la perte d'une année scolaire ou d'un trimestre d'études ;
- le remboursement des frais de remplacement de la main-d'œuvre pour les personnes travaillant sans rémunération dans une entreprise familiale ;
- l'indemnité de réadaptation ;
- les indemnités en cas de décès.

2.6.3.1. L'indemnité de remplacement du revenu

L'indemnité de remplacement du revenu est au cœur du Régime public d'assurance automobile du Québec. Il convient de s'intéresser à la façon dont elle est calculée. Tout d'abord, il est important de noter que les prestations comportent un délai de carence de sept jours.

À l'instar du Régime québécois de santé et de sécurité du travail, le Régime public de l'assurance automobile du Québec établit le revenu net sur la base du revenu brut de la personne jusqu'à un maximum de 59 000 \$. Les retenues d'impôts provincial et fédéral, les cotisations au Régime de rentes du Québec, les cotisations à l'assurance-emploi et la contribution au Régime québécois d'assurance parentale sont déduites du revenu brut afin d'obtenir le revenu net de l'individu. L'indemnité de remplacement du revenu correspond à 90 % du revenu annuel net de la victime. Les montants maximaux et le calcul de l'indemnité sont les mêmes que dans le cas du Régime québécois de santé et de sécurité du travail.

Le Régime public de l'assurance automobile du Québec prévoit le versement d'un montant forfaitaire afin d'indemniser la perte de jouissance de la vie, la souffrance psychique et la douleur. En 2007, l'indemnité maximale est de 205 775 \$.

La plupart des indemnités versées par la SAAQ ne sont pas sujettes aux retenues d'impôt et sont insaisissables. Il faut toutefois mentionner que

l'indemnité de remplacement de revenu peut être saisie pour le paiement d'une dette alimentaire.

2.6.3.2. Les indemnités en cas de décès

Des indemnités sont prévues en cas de décès de la personne accidentée. En 2007, elles correspondent aux montants suivants :

- l'indemnité de décès versée au conjoint survivant est d'un montant minimal de 58 684 \$ et peut atteindre un plafond de 295 000 \$, selon le revenu et l'âge de la victime;
- l'indemnité de décès versée aux personnes à charge varie entre 27 873 \$ et 51 350 \$, selon l'âge de la personne à charge. Une indemnité additionnelle de 24 207 \$ est versée à une personne à charge invalide à la date du décès de la victime. Lorsque les enfants et les autres personnes à charge sont dans une situation de famille monoparentale, ils ont droit, en plus de leur propre indemnité, à l'indemnité qui aurait été versée au conjoint survivant, divisée en parts égales;
- la SAAQ prévoit le versement d'une indemnité de 4 399 \$ à la succession de la victime afin de couvrir, en tout ou en partie, les frais funéraires.

2.6.4. La coordination des prestations

Comme dans le cas de nombreux autres régimes, il y a généralement coordination des prestations d'assurance invalidité individuelle et des prestations versées par la SAAQ. Les modalités de coordination sont essentiellement les mêmes que dans le cas du Régime québécois de la santé et de la sécurité du travail, présenté dans la section précédente.

Il est important de noter que, depuis le 1^{er} janvier 1996, le bénéficiaire d'une indemnité de remplacement du revenu de la SAAQ n'a plus droit aux indemnités versées par le RRQ. Dans le cas où cette dernière rente est plus importante que la précédente, la différence est versée au bénéficiaire par la SAAQ.

Pour de plus amples renseignements sur le Régime public d'assurance automobile du Québec, consulter le site Internet de la Société de l'assurance automobile du Québec, à l'adresse suivante : <http://www.saaq.gouv.qc.ca/victime/police/index.html>.

Le tableau 2.1 présente les caractéristiques des différents régimes d'État.

Tableau 2.1 Tableau comparatif des régimes d'État

	Assurance-emploi	RRQ	CSST	SAAQ
Définition d'invalidité	Avoir cessé de travailler et d'être rémunéré à la suite d'une maladie, d'une blessure ou d'une mise en quarantaine. L'incapacité à travailler est définie comme l'incapacité d'un individu à remplir les fonctions de son emploi régulier ou habituel ou de tout autre emploi convenable selon sa formation et son expérience.	Souffrir d'une invalidité grave et permanente reconnue par la Régie, c'est-à-dire être incapable, en raison de son état de santé, d'exercer un emploi quelconque véritablement rémunérateur (incapacité de gagner plus de 12 645 \$, en 2007).	Régime de remplacement du revenu : travailleur reconnu invalide à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle. Régime d'indemnité forfaitaire pour préjudice corporel : travailleur reconnu comme souffrant d'une altération permanente de son intégrité physique ou psychique.	Personne reconnue comme résidente du Québec ayant subi des dommages corporels causés par un accident de la route.
Admissibilité	Avoir cessé de travailler et avoir accumulé 600 heures d'emploi assurable.	Cotisant de moins de 65 ans, non retraité de la RRQ, reconnu invalide et ayant cotisé suffisamment au régime.	Être un employé et avoir subi un accident au travail ou être atteint d'une maladie professionnelle.	Être reconnu comme résident du Québec. Tous les Québécois, piétons, motocyclistes, passagers et conducteurs de véhicules motorisés, sont protégés par le Régime public d'assurance automobile du Québec administré par la SAAQ.
Délai de carence	Le délai de carence est de deux semaines, mais il peut être annulé si l'individu est en congé de maladie payé par son employeur après son dernier jour de travail.	Quatre mois après le mois considéré par la Régie des rentes du Québec comme le mois du début de l'invalidité.	Une journée payée par l'employeur.	Sept jours.

	Assurance-emploi	RRQ	CSST	SAAQ
Prestations	<p>Dans la majorité des cas, 55 % de la moyenne du salaire assurable.</p> <p>Prestation hebdomadaire maximale de 423 \$.</p>	<p>Prestations d'invalidité variant de 405,93 \$ à 1 053,74 \$ par mois.</p> <p>Taux d'indexation des rentes de 2,1 % en 2007.</p>	<p>Régime de remplacement du revenu : 90 % du revenu net admissible. Le salaire annuel maximal assurable est de 59 000 \$ en 2007.</p> <p>Régime d'indemnité forfaitaire pour préjudice corporel : indemnité variant selon le degré de l'incapacité et l'âge du travailleur. Indemnité minimale de 904 \$ en 2007.</p>	<p>90 % du revenu net admissible. Le salaire annuel maximal assurable est de 59 000 \$ en 2007.</p> <p>Indemnité forfaitaire maximale pour perte de jouissance de la vie de 205 775 \$ en 2007.</p>
Fréquence ou durée	<p>Prestation hebdomadaire pendant 15 semaines.</p>	<p>La prestation d'invalidité prend fin à 65 ans.</p> <p>Rente mensuelle d'orphelin et d'enfant de personne invalide jusqu'à 18 ans.</p>	<p>Régime de remplacement du revenu : rente versée aux 14 jours jusqu'à la fin de l'incapacité ou jusqu'à l'âge de 68 ans, indexée annuellement, soit de 2,1 % en 2007.</p> <p>Régime d'indemnité forfaitaire pour préjudice corporel : indemnité forfaitaire sans égard à une durée.</p>	<p>Rente versée aux 14 jours, réduite de 25 % chaque année à compter de 65 ans jusqu'à 68 ans. Lorsqu'une personne accidentée qui reçoit déjà une indemnité de remplacement du revenu atteint 65 ans, l'indemnité qu'elle reçoit est réduite de 25 % à partir de sa date d'anniversaire, de 50 % à compter de son 66^e anniversaire, de 75 % à compter de son 67^e anniversaire, et cesse de lui être versée à son 68^e anniversaire.</p> <p>Les prestations forfaitaires sont versées sans égard à une durée.</p>

	Assurance-emploi	RRQ	CSST	SAAQ
Participation et coût	<p>Participation obligatoire.</p> <p>Maximum de gains admissibles (MGA) : 40 000 \$.</p> <p>Cotisation de l'employé au Québec de 1,46 \$ (1,80 \$ dans le reste du Canada) par 100 \$ de rémunération pour un maximum de cotisation annuelle de 584 \$ (720 \$ dans le reste du Canada).</p> <p>Cotisation de l'employeur au Québec de 2,04 \$ (2,52 \$ dans le reste du Canada) par 100 \$ (1,4 fois la cotisation de l'employé) de rémunération pour un maximum de cotisation annuelle de 816 \$ (1 008 \$ dans le reste du Canada).</p>	<p>Participation obligatoire.</p> <p>MGA : 43 700 \$.</p> <p>Exemption de base de 3 500 \$.</p> <p>Cotisation maximale de l'employeur : 4,95 % du MGA, soit 1 989,90 \$.</p> <p>Cotisation maximale de l'employé : 4,95 % du MGA, soit 1 989,90 \$.</p>	<p>Participation obligatoire.</p> <p>Cotisation de l'employeur, mais pas de l'employé.</p> <p>MGA : 59 000 \$.</p>	<p>Participation obligatoire.</p> <p>Cotisations acquittées lors du paiement du permis de conduire et du certificat d'immatriculation.</p> <p>MGA : 59 000 \$.</p>

Rappel

Voici les notions importantes à retenir de ce chapitre.

- Le Régime d'assurance-emploi couvre la personne en cas de perte d'emploi, de maladie ou d'accident.
- Les critères d'admissibilité à l'assurance-emploi sont très restrictifs, et la durée ainsi que les montants des prestations sont très limités. Les prestations sont imposables.
- Les prestations d'assurance invalidité individuelle sont coordonnées aux prestations d'assurance-emploi, à moins que la personne ne soit pas admissible aux prestations. L'employeur et l'employé cotisent au régime.
- Au Québec, la province a la responsabilité du versement des prestations de maternité et de paternité, des prestations parentales et des prestations d'adoption pour les résidents du Québec par l'entremise du Régime québécois d'assurance parentale (RQAP).
- Le RRQ couvre la personne en cas de maladie ou d'accident, mais l'invalidité doit être permanente et d'une durée indéfinie pour que l'individu puisse bénéficier de la rente. L'employeur et l'employé cotisent au régime de façon égale.
- Le Régime québécois de santé et de sécurité du travail protège le travailleur victime d'un accident de travail ou atteint d'une maladie professionnelle. Le remplacement du revenu correspond à 90 % du revenu net du travailleur, jusqu'à concurrence d'un certain montant. Seul l'employeur cotise au régime.
- Le Régime public d'assurance automobile du Québec couvre tous les Québécois victimes d'un accident de la route, ici ou ailleurs, et ce, sans égard à la responsabilité. Le financement du régime est absorbé entièrement par les automobilistes par l'entremise des primes d'immatriculation, des primes de renouvellement du permis de conduire et d'une taxe de vente sur l'essence.

Il est suggéré de répondre aux questions de l'exercice d'autoévaluation qui suit, afin de bien avoir à l'esprit les notions traitées dans le chapitre 2.

Puis, il est possible de vérifier vos réponses en consultant le corrigé de l'exercice d'autoévaluation qui se trouve à la fin de ce chapitre.

Exercice d'autoévaluation

Répondez aux questions de l'exercice d'autoévaluation. Les questions qui suivent ont pour but de vous faire réviser les sujets traités dans le chapitre. Pour chacune des questions, encerclez la bonne réponse.

Question 1

Louise est temporairement invalide à la suite d'un accident de ski qui la rend inapte au travail pendant une période de trois mois. Elle a droit à la prestation spéciale en cas d'accident du régime d'assurance-emploi. Dans ce cas :

- a) Le délai de carence est habituellement de 4 mois, et la période d'indemnisation maximale est de 65 ans.
- b) Le délai de carence est habituellement de 2 semaines, et la période d'indemnisation est établie en fonction de la durée de l'invalidité.
- c) Le délai de carence est habituellement de 2 semaines, et la période maximale d'indemnisation varie selon le taux de chômage dans la région de la personne qui est invalide.
- d) Le délai de carence est habituellement de 2 semaines, et la période maximale d'indemnisation est de 15 semaines.

Question 2

Laquelle des affirmations suivantes s'applique au Régime de rentes du Québec?

- a) L'invalidité doit être permanente et d'une durée indéfinie afin d'être couverte par le régime.
- b) Le régime est uniquement administré par la Régie des rentes du Québec.
- c) Les revenus de travail inscrits au régime pendant le mariage ne font pas partie du patrimoine familial.
- d) C'est un régime financé uniquement par les cotisations des travailleurs.

Question 3

Par quel régime public ou de quelle façon le travailleur victime d'un accident de travail sera-t-il indemnisé s'il est couvert par une assurance invalidité individuelle?

- a) Le Régime d'assurance-emploi.
- b) Il y aura coordination entre les prestations de l'assurance invalidité individuelle et celles du Régime québécois de santé et de sécurité du travail.
- c) Le Régime québécois de santé et de sécurité du travail et le Régime d'assurance-emploi.
- d) Il y aura coordination entre les prestations de l'assurance invalidité individuelle et celles des prestations spéciales en cas d'accident du Régime d'assurance-emploi.

Question 4

Quelles sont les personnes visées par le Régime public d'assurance automobile du Québec?

- a) Les conducteurs et les passagers d'une automobile.
- b) Les conducteurs, les passagers d'une automobile, les piétons et les autres usagers de la route.
- c) Les conducteurs québécois.
- d) Toutes les personnes conduisant un véhicule immatriculé au Québec.

Question 5

Vous avez analysé les besoins de remplacement de revenu d'une cliente en cas d'invalidité. Lors de votre analyse, vous avez recueilli les données suivantes : Lucie Veilleux est analyste-programmeuse depuis deux ans pour la compagnie STR inc. Elle gagne 54 000 \$ par année, et son taux d'imposition moyen est de 34 %. Elle cotise aux différents régimes d'État (RRQ, RQAP et assurance-emploi), et les montants des cotisations sont prélevés directement sur son salaire.

En tenant compte de sa situation professionnelle et de son revenu, vous lui proposez une prestation maximale de 2 800 \$ par mois coordonnée à l'assurance-emploi, payable jusqu'à 65 ans et assortie d'un délai de carence de 30 jours. Dans le cas d'une invalidité de courte durée (un an), lequel des énoncés suivants ne correspond pas aux modalités d'application de ce régime d'assurance invalidité coordonné à l'assurance-emploi?

Justifiez votre réponse.

- a) Elle recevra la différence entre 2 800 \$ par mois et la prestation prévue par l'assurance-emploi.
- b) Après un délai d'attente de 30 jours, elle recevra 2 800 \$ par mois, moins les prestations d'assurance-emploi pendant sa période d'invalidité.
- c) Après un délai d'attente de 2 semaines, elle recevra des prestations d'assurance-emploi pendant une période maximale de 15 semaines.
- d) Après 17 semaines, Lucie recevra une prestation de 2 800 \$ par mois pendant sa période d'invalidité.

Répondez aux questions 6 et 7 en vous référant à la mise en situation suivante :

Camille travaille pour Durand inc. Elle gagne 60 000 \$ par année, et son taux d'imposition moyen est de 42 %. Elle cotise à l'assurance-emploi et au Régime de rentes du Québec. Elle a une assurance invalidité individuelle qui lui procure une rente de 3 000 \$ par mois en cas d'invalidité. Son contrat prévoit une coordination des prestations lui procurant une prestation maximale ne pouvant dépasser 80 % de son revenu gagné.

Question 6

En mars 2007, Camille subit un accident de travail qui la rend inapte au travail. Quel montant pourra-t-elle recevoir de la CSST ?

Justifiez votre réponse.

- a) Elle recevra 90 % de 60 000 \$.
- b) Elle recevra 90 % de 60 000 \$, moins ses cotisations à l'assurance-emploi et au Régime de rentes du Québec.
- c) Elle recevra une indemnité de remplacement du revenu correspondant à 90 % du revenu net calculé sur un revenu maximal de 59 000 \$.
- d) Elle recevra une indemnité de remplacement du revenu correspondant à 80 % de son revenu gagné.

Question 7

Puisqu'elle a droit aux prestations de la CSST, recevra-t-elle aussi une prestation de son assurance invalidité individuelle ?

Justifiez votre réponse.

- a) Oui, elle recevra la prestation prévue à son contrat.
- b) Elle recevra la différence entre 3 000 \$ par mois et 90 % du revenu net calculé sur un revenu maximal de 59 000 \$.
- c) Son contrat d'assurance invalidité individuelle viendra bonifier le régime de la CSST, jusqu'à concurrence de 80 % de son revenu gagné.
- d) Aucun montant ne sera versé, puisqu'elle reçoit déjà le maximum prévu par la CSST.

Question 8

Lequel des énoncés suivants est faux quant au financement des différents régimes d'État ?

Justifiez votre réponse.

- a) Les employeurs et les employés cotisent, jusqu'à concurrence d'un montant maximal, au Régime de rentes du Québec.
- b) Seuls les employeurs cotisent au Régime québécois de santé et de sécurité du travail et au Régime d'assurance automobile du Québec.
- c) La cotisation au Régime de rentes du Québec est la même pour l'employé et l'employeur.
- d) Les employeurs et les employés cotisent, jusqu'à concurrence d'un montant maximal, au Régime d'assurance-emploi.

Corrigé de l'exercice d'autoévaluation

Réponse 1

Louise est temporairement invalide à la suite d'un accident de ski qui la rend inapte au travail pendant une période de trois mois. Elle a droit à la prestation spéciale en cas d'accident du régime d'assurance-emploi. Dans ce cas :

- a) Le délai de carence est habituellement de 4 mois, et la période d'indemnisation maximale est de 65 ans.
- b) Le délai de carence est habituellement de 2 semaines, et la période d'indemnisation est établie en fonction de la durée de l'invalidité.
- c) Le délai de carence est habituellement de 2 semaines, et la période maximale d'indemnisation varie selon le taux de chômage dans la région de la personne qui est invalide.
- d) **Le délai de carence est habituellement de 2 semaines, et la période maximale d'indemnisation est de 15 semaines.**

Réponse 2

Laquelle des affirmations suivantes s'applique au Régime de rentes du Québec?

- a) **L'invalidité doit être permanente et d'une durée indéfinie afin d'être couverte par le régime.**
- b) Le régime est uniquement administré par la Régie des rentes du Québec.
- c) Les revenus de travail inscrits au régime pendant le mariage ne font pas partie du patrimoine familial.
- d) C'est un régime financé uniquement par les cotisations des travailleurs.

Réponse 3

Par quel régime public ou de quelle façon le travailleur victime d'un accident de travail sera-t-il indemnisé s'il est couvert par une assurance invalidité individuelle?

- a) Le Régime d'assurance-emploi.
- b) Il y aura coordination entre les prestations de l'assurance invalidité individuelle et celles du Régime québécois de santé et de sécurité du travail.**
- c) Le Régime québécois de santé et de sécurité du travail et le Régime d'assurance-emploi.
- d) Il y aura coordination entre les prestations de l'assurance invalidité individuelle et celles des prestations spéciales en cas d'accident du Régime d'assurance-emploi.

Réponse 4

Quelles sont les personnes visées par le Régime public d'assurance automobile du Québec?

- a) Les conducteurs et les passagers d'une automobile.
- b) Les conducteurs, les passagers d'une automobile, les piétons et les autres usagers de la route.**
- c) Les conducteurs québécois.
- d) Toutes les personnes conduisant un véhicule immatriculé au Québec.

Réponse 5

Vous avez analysé les besoins de remplacement de revenu d'une cliente en cas d'invalidité. Lors de votre analyse, vous avez recueilli les données suivantes : Lucie Veilleux est analyste-programmeuse depuis deux ans pour la compagnie STR inc. Elle gagne 54 000 \$ par année, et son taux d'imposition moyen est de 34 %. Elle cotise aux différents régimes d'État (RRQ, RQAP et assurance-emploi), et les montants des cotisations sont prélevés directement sur son salaire.

En tenant compte de sa situation professionnelle et de son revenu, vous lui proposez une prestation maximale de 2 800 \$ par mois coordonnée à l'assurance-emploi, payable jusqu'à 65 ans et assortie d'un délai de carence de 30 jours. Dans le cas d'une invalidité de courte durée (un an), lequel des énoncés suivants ne correspond pas aux modalités d'application de ce régime d'assurance invalidité coordonné à l'assurance-emploi ?

Justifiez votre réponse.

- a) Elle recevra la différence entre 2 800 \$ par mois et la prestation prévue par l'assurance-emploi.
- b) **Après un délai d'attente de 30 jours, elle recevra 2 800 \$ par mois, moins les prestations d'assurance-emploi pendant sa période d'invalidité.**
- c) Après un délai d'attente de 2 semaines, elle recevra des prestations d'assurance-emploi pendant une période maximale de 15 semaines.
- d) Après 17 semaines, Lucie recevra une prestation de 2 800 \$ par mois pendant sa période d'invalidité.

Justification : Cet énoncé est faux puisque, après un délai de 17 semaines ou 120 jours, soit la période maximale de couverture par l'assurance-emploi, elle peut recevoir le montant maximal de la rente prévu au contrat.

Réponse 6

En mars 2007, Camille subit un accident de travail qui la rend inapte au travail. Quel montant pourra-t-elle recevoir de la CSST?

Justifiez votre réponse.

- a) Elle recevra 90 % de 60 000 \$.
- b) Elle recevra 90 % de 60 000 \$, moins ses cotisations à l'assurance-emploi et au Régime de rentes du Québec.
- c) **Elle recevra une indemnité de remplacement du revenu correspondant à 90 % du revenu net calculé sur un revenu maximal de 59 000 \$.**
- d) Elle recevra une indemnité de remplacement du revenu correspondant à 80 % de son revenu gagné.

Justification : La réponse est C, puisque la CSST prévoit, en 2007, un revenu assurable maximal de 59 000 \$, sur lequel sont prélevées les retenues d'impôt et les cotisations à l'assurance-emploi, au RRQ et au RQAP.

Réponse 7

Puisqu'elle a droit aux prestations de la CSST, recevra-t-elle aussi une prestation de son assurance invalidité individuelle?

Justifiez votre réponse.

- a) Oui, elle recevra la prestation prévue à son contrat.
- b) Elle recevra la différence entre 3 000 \$ par mois et 90 % du revenu net calculé sur un revenu maximal de 59 000 \$.
- c) **Son contrat d'assurance invalidité individuelle viendra bonifier le régime de la CSST, jusqu'à concurrence de 80 % de son revenu gagné.**
- d) Aucun montant ne sera versé, puisqu'elle reçoit déjà le maximum prévu par la CSST.

Justification : La réponse est C, puisque son régime prévoit la coordination des prestations jusqu'à concurrence de 80 % de son revenu gagné.

Réponse 8

Lequel des énoncés suivants est faux quant au financement des différents régimes d'État?

Justifiez votre réponse.

- a) Les employeurs et les employés cotisent, jusqu'à concurrence d'un montant maximal, au Régime de rentes du Québec.
- b) **Seuls les employeurs cotisent au Régime québécois de santé et de sécurité du travail et au Régime d'assurance automobile du Québec.**
- c) La cotisation au Régime de rentes du Québec est la même pour l'employé et l'employeur.
- d) Les employeurs et les employés cotisent, jusqu'à concurrence d'un montant maximal, au Régime d'assurance-emploi.

Justification : Il est vrai que seuls les employeurs cotisent à la CSST, mais tous les Québécois qui sont propriétaires d'une automobile cotisent de manière indirecte au régime de la SAAQ.

Retour sur les apprentissages

Cette activité d'objectivation vous permettra d'évaluer vos points forts et vos points faibles quant au développement des sous-éléments de compétence visés par ce chapitre. Vous pourrez tirer profit de cette expérience d'apprentissage en adoptant de nouvelles stratégies pour les atteindre.

Répondez aux questions du tableau à l'aide de l'échelle suivante :



Chapitre 2

Mise en contexte de l'assurance invalidité

Est-ce que je maîtrise les notions et les compétences qui me permettraient :				
De décrire le fonctionnement de chaque régime ?	1	2	3	4
D'établir le régime qui indemniserait l'assuré en cas d'invalidité ?	1	2	3	4
De comprendre la coordination des prestations des régimes d'État avec celles des régimes privés ?	1	2	3	4

Estimez-vous maîtriser tous ces sous-éléments de compétence ? Si oui, félicitations ! Vous êtes maintenant en mesure de poursuivre avec le prochain chapitre.

Si vous en doutez, il vous est recommandé de revoir les sections traitant des sous-éléments de compétence non maîtrisés. Vous devriez revoir les notions qui vous permettront d'améliorer votre maîtrise de chaque sous-élément de compétence. N'oubliez pas de mettre à jour votre plan d'étude !

Lorsque vous serez satisfait de votre compréhension, passez au chapitre suivant.

Chapitre 3

Les contrats d'assurance invalidité individuelle et collective

Élément de la compétence

- Distinguer les caractéristiques des différents types de contrats propres à l'assurance invalidité.

Sous-éléments de la compétence

- Discerner les caractéristiques des contrats d'assurance invalidité individuelle;
- Identifier les clauses des contrats de chacun des produits d'assurance invalidité individuelle;
- Reconnaître les types de produits selon leurs caractéristiques;
- Distinguer les types d'assurance invalidité collective.

Contenu

- Les caractéristiques des contrats d'assurance invalidité individuelle;
- Les types d'assurance invalidité collective.

Activités d'apprentissage

- Lecture;
- Exercice d'autoévaluation;
- Corrigé de l'exercice d'autoévaluation.

3. Les contrats d'assurance invalidité individuelle et collective

Ce troisième chapitre donne un aperçu général des clauses contractuelles dans le domaine de l'assurance invalidité.

La première section présente les caractéristiques des contrats d'assurance invalidité individuelle, communément appelée assurance salaire. Cette section aborde les spécificités des contrats garantis irrévocables, des contrats garantis renouvelables et des contrats résiliables.

La seconde section traite des différents types d'assurance invalidité collective. On y aborde les notions relatives à l'assurance collective d'entreprise et à l'assurance groupe association, et on y donne un aperçu des éléments spécifiques de l'assurance prêt.

3.1. L'assurance invalidité individuelle

Les principales caractéristiques des contrats d'assurance invalidité individuelle seront décrites dans cette section. Trois types de contrats y sont abordés, soit :

- les contrats garantis irrévocables ;
- les contrats garantis renouvelables ;
- les contrats résiliables.

3.1.1. Les contrats garantis irrévocables

Les contrats d'assurance invalidité garantis irrévocables, également appelés contrats non résiliables, sont ceux qui offrent le plus de garanties à l'assuré. En effet, lorsque l'assuré respecte les modalités et les échéances de paiement des primes, la compagnie d'assurance ne peut apporter aucune modification à la police.

3.1.1.1. Les caractéristiques

La protection d'assurance, dans ce type de contrat, ne varie pas, même en cas de changement de profession, de revenu ou de résidence de l'assuré. Ainsi, celui-ci n'a pas à aviser la compagnie d'assurance d'un changement d'emploi le situant dans une classe d'assurés plus à risque.

Exemple

Mehdi était comptable lors de l'émission de son contrat. Depuis, il a décidé de travailler à son compte dans le domaine de la construction. Bien que la classe de risque dans ce domaine soit plus élevée, Mehdi conserve tous les avantages de son contrat et il n'est pas tenu d'aviser la compagnie de son changement de profession.

Une autre caractéristique de la police garantie irrévocable a trait au fait qu'elle demeure intacte en cas de détérioration de l'état de santé de l'individu, car l'assurabilité de l'assuré est déterminée lors de l'émission du contrat, et un changement ultérieur de l'assurabilité n'a aucun effet sur le contrat. De plus, c'est un contrat dont le renouvellement est garanti ; l'assureur n'a donc pas la possibilité de modifier la prime et les garanties définies à l'émission. Elles demeureront les mêmes pendant toute la durée du contrat, habituellement jusqu'à ce que l'assuré ait 65 ans. Ce dernier peut cependant se prévaloir du privilège de renouvellement après ce délai. Dans ce cas, le renouvellement se fera chaque année, et la prime sera établie selon l'âge de l'assuré. Habituellement, la protection se termine lorsque

l'assuré atteint l'âge de 75 ans. Les clauses contractuelles, les définitions et les autres éléments du contrat ne peuvent pas être modifiés au moment du renouvellement.

Le changement de profession

Dans le cas d'un changement de profession situant l'assuré dans une classe moins à risque, celui-ci aurait avantage à faire une demande de réduction de prime après une période déterminée à son nouveau poste. Ainsi, l'assureur peut mentionner dans une clause du contrat, par exemple, que l'assuré doit exercer sa nouvelle profession depuis au moins un an. Après l'examen des preuves d'assurabilité, la compagnie d'assurance peut reclasser (améliorer la classe) l'assuré et ajuster la prime en conséquence. Cette demande se fait habituellement à l'intérieur d'un nombre d'années défini après l'entrée en vigueur de la police.

Exemple

Au moment de souscrire son assurance, Lise était préposée aux bénéficiaires dans une maison pour personnes âgées. Elle occupe maintenant un poste d'animatrice auprès de cette clientèle. Puisque ce type d'emploi n'exige aucun effort physique, elle pourra passer à une classe supérieure et sa prime sera réduite en conséquence. Si on suppose que sa prime était de 650 \$ par année pour une prestation mensuelle de 2 000 \$, sa nouvelle classe d'assuré lui permettra de bénéficier d'une réduction de prime de 50 \$ annuellement, tout en conservant un montant de prestation de 2 000 \$.

3.1.1.2. Les clauses du contrat

Un aspect important distinguant les différents contrats d'assurance invalidité a trait aux clauses qui leur sont associées. Une attention particulière doit être prêtée aux clauses, puisqu'elles varient selon les types de contrats, et aussi selon les différentes compagnies qui offrent des produits d'assurance similaires.

3.1.1.2.1. La définition de l'invalidité totale

L'une des clauses du contrat donne la définition de l'invalidité totale. Dans le contrat garanti irrévocable, la définition la plus avantageuse offerte en avenant à certaines catégories d'assurés (les professionnels et les cadres) comporte une protection «propre profession⁴», qui permet à l'assuré d'exercer une activité rémunératrice autre que sa profession habituelle tout en continuant de recevoir ses prestations d'invalidité.

4. Propre profession : profession qu'exerce l'assuré au moment où il devient invalide.

Exemple

Un médecin incapable de pratiquer la chirurgie pourrait, s'il possède la protection « propre profession », enseigner dans une faculté de médecine tout en étant considéré comme totalement invalide et en recevant des prestations.

La propre profession englobe la définition la plus large, alors que la profession habituelle est plus restrictive, car on ajoute que l'assuré ne peut exercer aucune autre activité rémunératrice.

La protection « profession habituelle » est celle que l'on trouve dans la définition de l'invalidité totale apparaissant dans le contrat de base de la plupart des compagnies d'assurance. Elle est définie comme suit :

« Pendant la période de profession habituelle, une blessure ou un accident qui empêche l'assuré d'accomplir les fonctions principales de sa profession habituelle alors qu'il n'exerce aucun autre emploi rémunérateur. Par la suite, une blessure ou une maladie qui empêche l'assuré d'accomplir tout emploi pour lequel il est raisonnablement apte de par ses études, sa formation ou son expérience. »

Habituellement, la période de profession habituelle que l'on trouve dans la majorité des contrats est d'une durée de deux ans.

La capacité ou l'incapacité de l'assuré d'exercer les fonctions principales de sa profession habituelle est établie par le médecin traitant. Normalement, celui-ci n'a pas à être désigné par la compagnie d'assurance.

La majorité des contrats non résiliables permettent de conserver la définition « profession habituelle » jusqu'à leur échéance. Cette possibilité est offerte par avenant.

3.1.1.2.2. L'établissement du montant de la prestation

Le calcul du revenu gagné avant l'invalidité est un aspect important afin d'éviter la surassurance, qui inciterait l'assuré à prolonger indûment sa période d'invalidité.

Les revenus ne sont pas tous considérés dans le calcul du revenu gagné ; ainsi, les revenus de placement, les revenus nets de loyers et les revenus de pension ne sont pas comptabilisés. Ces revenus seront versés, qu'importe l'état de santé de l'assuré. Il faut avoir à l'esprit que le seul type de revenu qui peut être considéré comme assurable est le montant reçu pour des services rendus, c'est-à-dire le revenu d'emploi.

Au moment de la souscription de la police d'assurance, les revenus gagnés considérés pour déterminer le montant des prestations sont principalement :

- le traitement, le salaire ;
- les bonis, s'ils sont versés sur une base constante ;
- les commissions (moins les dépenses d'entreprise) ;
- les revenus d'entreprise (moins les dépenses), pour les propriétaires d'entreprise.

Les principaux documents habituellement demandés sont :

- la déclaration de revenus personnels de la dernière année ou des deux dernières années, pour les salariés ;
- les états financiers des deux dernières années, pour les travailleurs autonomes, les professionnels à leur compte et les propriétaires d'une entreprise.

3.1.1.2.3. Le délai de carence

Une autre clause importante du contrat d'assurance invalidité concerne le délai de carence, c'est-à-dire la période de temps séparant le début de l'invalidité et l'ouverture du droit à l'indemnisation. Le délai de carence vise à éviter un nombre excessif de réclamations pour des invalidités de courte durée (problèmes de santé mineurs) et permet ainsi de maintenir le coût de la prime à un niveau acceptable. Un délai de carence plus long aura donc comme effet de réduire le coût de la prime.

Dans le cas des contrats garantis irrévocables, le titulaire de la police a généralement le choix entre divers délais de carence. Son choix est tributaire du montant qu'il est prêt à investir pour sa couverture d'invalidité et de la période de temps durant laquelle il peut maintenir son niveau de vie sans recevoir de prestations.

Les délais de carence proposés peuvent être de 30, 60, 90, 120, 180, 365 ou 730 jours.

Plus le délai de carence est court, plus le montant des primes d'assurance est élevé.

Lorsque le délai de carence est plus long, l'assuré doit compter sur ses propres moyens pour assurer ses dépenses dans l'attente de ses prestations d'invalidité. Bien que le délai soit généralement fixé à la discrétion de l'assuré, trois éléments peuvent limiter ce choix :

- un problème d'ordre médical ;
- le lieu de travail lorsque ce dernier est la résidence de l'assuré ;

- la coordination obligatoire du régime avec les prestations de l'assurance-emploi pour les cotisants.

Compte tenu des coûts et des garanties offertes dans ce type de contrat, il n'est pas rare de le voir assorti d'un délai de carence plus long lorsque l'assuré a les moyens de subvenir à ses besoins pendant un certain temps.

3.1.1.2.4. La coordination des prestations avec les régimes d'État

La coordination des prestations signifie que la prestation versée par l'assureur sera réduite des montants reçus par différents régimes d'État, comme celui de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ou celui de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ).

Il arrive rarement que les contrats garantis irrévocables soient coordonnés avec les prestations provenant du Régime de rentes du Québec (RRQ) en raison du caractère restrictif de ce régime. En effet, les prestations de ce régime sont très difficiles d'accès. Pour qu'une personne soit considérée comme totalement invalide par le RRQ, elle doit être atteinte d'une maladie ou avoir subi un très grave accident qui l'empêche définitivement d'occuper un emploi rémunérateur. Dans ces circonstances, même si l'assuré est admissible aux prestations de ce régime, le contrat garanti irrévocable ne coordonnera pas ses prestations avec celles du RRQ. L'assuré recevra donc le montant maximal de prestation prévu à son contrat, sans que ce montant soit amputé de la somme reçue du RRQ. On ne pourra cependant pas qualifier cette situation de surassurance, puisque l'assuré, ne retournant plus sur le marché du travail, ne pourra pas prolonger indûment sa période d'invalidité.

Lorsqu'il y a coordination des prestations avec celles de l'assurance-emploi, les compagnies d'assurance paient l'indemnité à compter de la 121^e journée. Le délai de carence est donc de 120 jours. L'assurance-emploi est le premier et le seul payeur pendant cette période équivalant à 17 semaines.

Toutefois, si l'assuré choisit un délai de carence plus court – 30 jours, par exemple –, la compagnie d'assurance établira le montant maximal des prestations pendant la période de 17 semaines couverte par l'assurance-emploi. Si le montant des prestations versées par l'assurance-emploi n'atteint pas ce maximum, l'assureur versera la différence. Après le délai de 120 jours, l'assuré pourra bénéficier du montant maximal de prestation prévu à son contrat.

3.1.1.2.5. La coordination des prestations avec une autre assurance invalidité

Si l'assuré possède une assurance invalidité et qu'il en acquiert une autre, il doit indiquer dans la nouvelle proposition d'assurance qu'il en a déjà une. Dans ce cas, le montant maximal prévu au nouveau contrat sera établi en fonction du revenu gagné par l'assuré au moment de la nouvelle souscription et, dans l'établissement de ce montant, on tiendra compte du montant maximal déjà prévu dans le premier contrat.

Si une invalidité survient, l'assuré doit faire sa réclamation auprès des deux assureurs, dans leur ordre d'adhésion ou selon la clause de coordination à cet égard prévue aux contrats.

Exemple

Caroline détient un contrat d'assurance invalidité qui prévoit le versement d'une prestation mensuelle de 1 500 \$ en cas d'invalidité. Le montant de cette prestation a été établi selon le revenu qu'elle gagnait au moment de l'acquisition du contrat. Or ses revenus actuels lui permettent d'obtenir une prestation maximale de 2 500 \$. Un représentant lui offre alors un nouveau contrat pour une prestation supplémentaire de 1000 \$ afin de combler la différence.

Si une invalidité survient à cause d'une maladie ou d'un accident, les deux prestations seront versées à Caroline, pour un total de 2 500 \$. Dans le cas d'un accident de travail, la CSST sera la première à payer l'indemnité et, s'il y a lieu, Caroline devra présenter une réclamation aux deux autres assureurs, dans leur ordre d'adhésion ou selon la clause de coordination prévue aux contrats.

3.1.1.2.6. L'invalidité cumulative et récidivante

Une autre clause importante à considérer est celle relative à l'invalidité cumulative et récidivante.

L'invalidité cumulative

Pour satisfaire le délai de carence, la plupart des contrats garantis irrévocables permettent à un assuré de cumuler les jours d'invalidité (que l'invalidité soit totale, partielle ou résiduelle) sur une période de 6 mois, et même sur une période de 12 mois dans bien des cas. Il va de soi que les jours d'invalidité nécessaires pour satisfaire au délai de carence n'ont pas besoin d'être consécutifs, mais la cause de l'invalidité doit être de même nature.

L'invalidité récidivante

Si deux périodes d'invalidité relevant d'une même cause sont séparées par une période de 6 ou 12 mois, selon le cas, la plupart des contrats garantis irrévocables considéreront que la deuxième invalidité est, en réalité, la continuation de la première. L'assuré n'aura donc pas une nouvelle période d'attente avant de recevoir des prestations. Dans ce cas, les journées d'invalidité totale ou partielle doivent être consécutives pour que l'assuré ait droit aux prestations.

La notion de rechute sous-entend que la source de la deuxième invalidité est identique ou connexe à la source originale de l'invalidité.

3.1.1.2.7. Les périodes de prestations

Selon ses besoins et ses moyens financiers, l'assuré peut souscrire à une police prévoyant diverses périodes de prestations. Ces périodes peuvent durer 24, 60 ou 120 mois ou, encore, les prestations peuvent être versées jusqu'à ce que l'assuré atteigne l'âge de 65 ans. Puisque les assurés, dans ce type de contrat, peuvent bénéficier d'une protection à long terme, la période de prestations jusqu'à 65 ans est souvent offerte.

Les prestations viagères

Les prestations viagères (à vie) ne sont offertes qu'en option. Toutefois, cela n'empêche pas une personne de recourir au privilège de renouvellement de son contrat après l'âge de 65 ans. Comme nous l'avons indiqué précédemment, ce renouvellement se fera sur une base annuelle, et la prime établie dépendra de l'âge de l'assuré. Ce dernier peut bénéficier du privilège de renouvellement jusqu'à l'âge de 75 ans et, parfois, la vie durant.

3.1.1.2.8. La présomption d'invalidité

Ce type de contrat comprend une clause de présomption d'invalidité. Cette clause prévoit le versement de prestations, sans égard à la rémunération ou au suivi médical, si l'individu perd l'ouïe, la vue, la parole, l'usage d'une main ou des deux mains, d'un pied ou des deux pieds.

Dans ce cas, l'assuré est considéré comme totalement invalide, même s'il ne subit pas de perte de revenu ou n'a pas besoin des soins réguliers d'un médecin. La compagnie s'engage à lui verser la prestation selon les conditions définies au contrat. En tenant compte de la gravité de son état, l'assureur lui verse les prestations sans égard aux indemnités versées par le RRQ. Dans ce cas, l'assuré pourrait bénéficier de revenus plus élevés que ceux qu'il gagnait lorsqu'il était au travail. Le principe de coordination est d'éviter que la personne prolonge indûment sa durée d'invalidité. Dans le cas présent, l'invalidité étant permanente, l'assureur reconnaît l'état de

l'assuré et lui verse les prestations prévues au contrat. C'est un cas d'exception aux principes de l'assurance.

3.1.1.2.9. L'exonération des primes

Les contrats garantis irrévocables comportent une clause d'exonération des primes dans les cas où l'invalidité a une durée de plus de 90 jours, par exemple. Non seulement l'assuré n'aura plus à payer les primes après cette période, mais ces contrats prévoient, dans la plupart des cas, le remboursement des primes payées pendant cette période.

3.1.1.2.10. La clause de réadaptation

Les contrats garantis irrévocables comportent une clause de réadaptation permettant à l'assuré de suivre une formation professionnelle qui lui permettra, éventuellement, d'occuper un nouvel emploi rémunérateur. À la suite d'une demande faite à l'assureur, et avec son accord, l'assuré peut continuer de recevoir des prestations durant sa période de réadaptation, et même se faire rembourser certains frais de formation. Le prestataire n'est pas obligé de recourir à cette clause; elle constitue une option dont il peut se prévaloir sur une base facultative.

3.1.1.2.11. L'indemnisation en cas de décès

De façon générale, le contrat comprend une clause d'indemnisation en cas de décès de l'assuré. Cette clause prévoit le versement au bénéficiaire d'un montant équivalent au total de trois mois de prestations à la personne invalide dans le cas où cette dernière décède alors qu'elle bénéficie des prestations.

3.1.1.2.12. Les exclusions

Comme on le constatera à l'analyse des caractéristiques des autres contrats d'assurance invalidité individuelle, le contrat garanti irrévocable se distingue par le nombre restreint d'exclusions qu'il contient. Elles sont au nombre de trois :

- une participation à une guerre;
- une greffe d'organe pendant les six premiers mois du contrat;
- une incarcération, dans certains contrats.

La grossesse n'étant pas considérée comme une invalidité, il va de soi qu'elle est exclue de la protection. Toutefois, l'invalidité résultant de complications relatives à la grossesse est couverte. Si, par exemple, le médecin recommande l'alitement à sa patiente pour mener sa grossesse à terme,

l'assureur sera tenu de lui verser des prestations pendant la période de son incapacité.

3.1.1.3. La clientèle ciblée

Comme nous l'avons mentionné au début de cette section, le contrat garanti irrévocable est celui qui offre la meilleure protection à l'assuré. Toutefois, ses caractéristiques s'accompagnent d'une prime plus élevée que celle des autres types de contrat, et n'est pas accessible à tous. Compte tenu des risques peu élevés liés à l'emploi, les professionnels, les propriétaires de petites entreprises et les travailleurs autonomes sont les clients ciblés par les assureurs qui offrent ce type de contrat. Les garanties peuvent différer au regard de la classe de risque de ces assurés.

L'autre possibilité

Certaines classes d'assurés présentent un risque trop élevé sur le plan de l'assurabilité pour s'offrir ce type de contrat. Aussi, selon sa situation financière, l'assuré peut choisir un contrat garanti renouvelable qui offre moins de protections, mais qui est moins coûteux. La section qui suit permettra d'explorer les caractéristiques de ce type de contrat.

3.1.2. Les contrats garantis renouvelables

Parmi les types de contrats d'assurance invalidité individuelle qu'offrent les assureurs, les contrats garantis renouvelables (également appelés contrats à renouvellement garanti) constituent un produit intermédiaire offrant des avantages partagés entre l'assureur et l'assuré.

Comme les contrats garantis renouvelables offrent moins de garanties à l'assuré que les contrats garantis irrévocables, il va de soi qu'ils sont plus abordables.

3.1.2.1. Les caractéristiques

Les contrats garantis renouvelables ne permettent pas à la compagnie d'assurance de modifier les garanties stipulées au contrat ou de refuser leur renouvellement tant et aussi longtemps que l'assuré :

- paie les primes prévues au contrat;
- occupe un emploi faisant partie des professions assurables par la compagnie (cette garantie n'apparaît pas dans tous les contrats garantis renouvelables);
- réside au Canada.

Les limites du produit

En cas de réclamations excessives de la part des assurés bénéficiant de ce produit d'assurance, l'assureur peut réviser le montant des primes à la

hausse pour une catégorie d'assurés exerçant la même profession. Sinon, l'assureur pourra, au moment du renouvellement (habituellement chaque année), diminuer les prestations de façon corrélative à la prime payée. Bien entendu, ces changements ne pourront se faire durant l'invalidité, mais seulement après le retour au travail.

Quant au montant des primes, il peut également subir des modifications si des changements affectent l'assuré sur le plan de son emploi et de son lieu de résidence.

Certains contrats prévoient, outre la modification du montant des primes, l'ajustement des prestations dans le cas d'un changement relatif aux revenus ou à la profession de l'assuré. S'il y a lieu, les changements dans la situation de l'assuré doivent être notifiés à l'assureur afin que ce dernier procède aux ajustements de primes, de garanties ou d'avenants associés à la catégorie de risque du titulaire de la police.

Exemple

À la suite d'une réorganisation administrative, Fernand est muté à un poste de représentant exigeant des déplacements fréquents à l'extérieur du bureau. Pour l'assureur, ce type d'emploi fait partie d'une catégorie professionnelle plus à risque. La prime payée par Fernand pour une prestation mensuelle de 3 000 \$ est de 890 \$ par année. Pour le même montant de prime, Fernand ne sera donc plus assuré, selon sa nouvelle classe professionnelle, que pour 2 500 \$. Ce changement prendra effet à l'anniversaire du contrat.

3.1.2.2. Les clauses du contrat

3.1.2.2.1. L'invalidité totale

Dans les contrats garantis renouvelables, la définition de l'invalidité totale stipule, dans la plupart des cas, que l'incapacité ne permet pas à l'assuré d'accomplir les tâches importantes de sa profession habituelle ni d'exercer aucun autre travail rémunéré.

Certains contrats offrent la définition d'invalidité totale « profession habituelle » pour une période d'environ deux ans. Après cette période, la définition de l'invalidité totale change : la formulation devient « toute occupation » jusqu'à l'expiration du contrat. L'assureur pourra alors mettre fin au versement des prestations au moment de l'expiration de la période de profession habituelle si l'assuré est en mesure d'occuper un emploi rémunéré, que cet emploi corresponde à ses compétences ou non.

Enfin, d'autres contrats offrent l'option de « prolongation de la profession habituelle » qui permet de prolonger la période de « profession habituelle » jusqu'à l'échéance du contrat. Afin de se prévaloir de cette option, l'assuré doit déboursier une prime supplémentaire.

3.1.2.2.2. L'établissement du montant de la prestation

Contrairement au contrat garanti irrévocable, qui établit le montant de la prestation payable au moment de la souscription à la police d'assurance, le contrat garanti renouvelable établit ce montant au moment de la réclamation. Les prestations sont calculées en fonction du revenu gagné avant l'invalidité et selon une proportion du revenu gagné, habituellement les deux tiers ou les trois quarts. Toutefois, le montant versé à la suite d'une réclamation ne dépassera pas le montant établi lors de la souscription du contrat, par exemple 2 000 \$ par mois.

Le montant des prestations peut être calculé de diverses façons, en fonction du revenu gagné avant l'invalidité. Par exemple, le calcul du revenu gagné peut se faire sur la base du :

- revenu mensuel moyen de l'année précédant l'invalidité;
- revenu moyen des deux dernières années précédant l'invalidité;
- revenu brut avant l'invalidité.

Toutefois, le montant obtenu ne pourra excéder le montant maximal souscrit dans la police d'assurance. Si le montant résultant du calcul des prestations est supérieur à ce maximum, l'assureur versera le montant souscrit lors de l'émission de la police.

Compte tenu du fait que le contrat garanti renouvelable établit la rente d'invalidité au moment de la réclamation, le montant défini initialement sans preuve de revenu peut être ajusté en fonction du revenu réel gagné au moment du début de l'invalidité.

Comme dans tous les contrats d'assurance invalidité, le montant de la prestation ne pourra toutefois pas dépasser le montant initialement prévu au contrat, d'où l'importance d'aviser l'assureur lorsque survient un changement affectant les revenus admissibles. Cette notification permet de faire les ajustements requis au dossier afin que celui-ci représente fidèlement la situation réelle de l'assuré.

Exemple

La protection prévue au contrat de Justin est de 70 % de son revenu moyen des trois dernières années, jusqu'à un maximum de 3 500 \$ par mois. Au moment d'une réclamation, le calcul de ses revenus ne lui permet de recevoir qu'une prestation de 2 500 \$. Il recevra donc une prestation de 2 500 \$ au lieu des 3 500 \$. Toutefois, si au moment de la réclamation, son revenu moyen est plutôt de 6 000 \$ par mois, le montant de la prestation sera établi selon le maximum prévu au contrat, soit 3 500 \$ au lieu de 4 200 \$ ($6\,000 \$ \times 70 \%$).

3.1.2.2.3. Le délai de carence

Comme le contrat garanti irrévocable, le contrat garanti renouvelable offre plusieurs options à l'assuré en ce qui concerne le délai de carence. Celui-ci peut être de 30, 60, 90 ou 120 jours, et même plus long encore. Mentionnons que certaines classes d'assurés ont accès à un délai de 14 jours, et qu'il est fréquent que le délai soit nul dans le cas d'une invalidité causée par un accident.

3.1.2.2.4. La coordination des prestations

Le contrat garanti renouvelable prévoit la coordination des prestations avec celles de nombreux régimes parallèles. Afin d'éviter la surassurance au moment d'une réclamation, l'assureur vérifie toutes les sources d'indemnisation dont peut bénéficier l'assuré :

- la CSST;
- le RRQ ou le RPC;
- la SAAQ;
- l'assurance-emploi⁵;
- tout contrat d'assurance crédit;
- tout autre contrat d'assurance salaire individuel ou collectif.

La plupart des compagnies d'assurance procèdent à la coordination des prestations afin que celles-ci n'excèdent pas 80 % du revenu gagné par la personne invalide avant son invalidité. Bien que le pourcentage du revenu couvert puisse varier, le principe de détermination des prestations à verser reste le même.

5. Si la coordination n'a pas été effectuée au moment de l'adhésion au contrat.

Le montant versé par l'assureur à titre de prestations peut différer du montant prévu au contrat en fonction des sommes versées par d'autres régimes d'assurance, pour éviter que la surassurance n'incite l'assuré à prolonger indûment sa période d'invalidité.

La coordination des prestations avec une autre assurance invalidité

Si l'assuré possède déjà une assurance invalidité, il doit le signaler au moment de l'achat d'un nouveau contrat. Dans ce cas, le montant total des prestations sera établi en fonction du revenu de l'assuré au moment de l'adhésion au nouveau contrat.

Si une invalidité survient, l'assuré doit faire sa réclamation auprès des deux assureurs, dans leur ordre d'adhésion ou selon la clause de coordination prévue aux contrats.

Exemple

Sylvie détient un contrat garanti renouvelable qui prévoit une prestation mensuelle de 1 800 \$, montant établi lors de la souscription du contrat. Cette protection est en vigueur depuis cinq ans. Son revenu actuel lui permet d'obtenir une prestation mensuelle de 2 400 \$. Dans ce cas, un représentant peut lui offrir un nouveau contrat prévoyant une prestation supplémentaire de 600 \$, afin de combler la différence. En cas d'invalidité, les deux prestations seront payables. Toutefois, si l'invalidité est causée par un accident de travail, la CSST sera le premier payeur et, s'il y a lieu, il y aura coordination entre les prestations prévues au premier contrat et celles prévues au deuxième contrat si le total des prestations ne dépasse pas les maximums prévus aux contrats. Il est cependant peu probable que des versements soient faits en vertu du deuxième contrat.

La coordination des prestations est beaucoup plus fréquente dans le cas des contrats garantis renouvelables que dans le cas des contrats garantis irrévocables. L'assuré doit donc évaluer la pertinence de souscrire à diverses protections parallèles, puisque celles-ci peuvent considérablement réduire les prestations associées à sa police d'assurance principale.

3.1.2.2.5. L'invalidité cumulative et récidivante

Pour satisfaire le délai de carence, certains contrats garantis renouvelables permettent de cumuler les invalidités totales et partielles non consécutives, sur une période n'excédant pas six mois.

D'autres contrats n'offrent que l'invalidité récidivante. Dans ce cas, les journées d'invalidité totale ou partielle doivent être consécutives pour que l'assuré ait droit aux prestations. Ainsi, dans le cas d'une rechute, à la

condition que le délai de carence ait été satisfait préalablement, l'assuré peut recevoir ses prestations d'invalidité sans délai. La notion de rechute sous-entend que la source de la deuxième invalidité est identique ou connexe à la source de la première invalidité.

3.1.2.2.6. La période de prestations

Le contrat d'assurance invalidité garanti renouvelable offre diverses options en ce qui a trait à la période de prestations. Des options ne sont pas offertes à certaines catégories d'assurés, selon le cas. Le tableau 3.1 présente les cinq scénarios que l'on rencontre fréquemment dans ce type de contrat.

Tableau 3.1 Scénarios relatifs à la période de prestations pour certaines classes professionnelles

	Toutes les classes d'assurés	Classe 2A	Classe A	Classe B
	Toutes les professions, sans distinction.	Professions sans danger comportant certaines tâches physiques : vendeur, contremaître, décorateur, etc.	Travail manuel spécialisé ou semi-spécialisé dans des secteurs comportant des tâches physiques : vitrier, plombier, électricien, etc.	Travail nécessitant de gros efforts physiques : concierge, briqueteur, chauffeur, etc.
Scénario 1	Période de prestations de 2 ou 5 ans.	Période de prestations jusqu'à 65 ans.	Période de prestations jusqu'à 65 ans.	Période de prestations jusqu'à 65 ans pour accident, mais pas pour maladie.
Scénario 2	Période de prestations de 2 ou 5 ans.	Période de prestations de 10 ans ; ou Jusqu'à 65 ans ; ou Période de prestations à vie pour maladie et jusqu'à 65 ans pour accident ; ou Période de prestations à vie pour maladie et de 10 ans pour accident.	Période de prestations de 10 ans.	
Scénario 3	Période de prestations de 5 ans ou jusqu'à 65 ans.			
Scénario 4	Période de prestations de 12, 24 ou 36 mois.			
Scénario 5	Période de prestations de 1, 2 ou 5 ans ou jusqu'à 65 ans.			

La période de prestations choisie n'affecte en rien la durée du contrat. Le contrat est habituellement valide jusqu'à l'âge de 65 ans, mais il peut être prolongé si l'assuré est actif au travail. Toutefois, des conditions de renouvellement sont prévues au contrat quant à l'âge et à la prime à payer. Les prestations peuvent également être prolongées pendant toute la vie si l'assuré désire ajouter l'option de rente viagère en cas d'accident ou de maladie.

Il est important de préciser que la période de prestations est conditionnée par la période de prestations établie au contrat. Par exemple, un assuré ayant choisi une période de prestations de 24 mois pourra, en cas d'invalidité, recevoir des prestations pendant une période maximale de 24 mois.

Si l'invalidité persiste au-delà de la période de prestations prévue au contrat, soit 24 mois, l'assureur cessera les versements. Cependant, si, par exemple, l'assuré retourne au travail après 18 mois et qu'il souffre d'une invalidité de nature différente quelques années plus tard, l'assureur sera tenu de lui verser de nouveau des prestations durant son invalidité, puisque son contrat d'assurance est valide jusqu'à l'âge de 65 ans. Toutefois, la période maximale demeure toujours de 24 mois. On comprend donc que l'assuré peut faire plusieurs réclamations au cours de sa vie active au travail.

3.1.2.2.7. L'exonération des primes

La plupart des assureurs attendent 30 jours avant d'exonérer les primes. Toutefois, si le délai de carence est plus long que cette période de 30 jours, c'est le délai de carence qui prévaut. Certains contrats prévoient le remboursement des primes payées depuis le début de l'invalidité. Il est donc important, pour l'assuré, de prêter une attention particulière à la formulation de la clause d'exonération des primes.

3.1.2.2.8. La réadaptation

Sans revenir en détail sur la garantie de réadaptation, traitée dans la section précédente, il faut mentionner que certaines polices garanties renouvelables l'intègrent au contrat de base ou à l'avenant d'invalidité de longue durée.

3.1.2.2.9. La prestation de décès

Au chapitre des clauses au contrat, il convient de mentionner la prestation en cas de décès. En effet, certains contrats garantis renouvelables prévoient le versement au bénéficiaire d'un montant forfaitaire, trois mois de prestations, par exemple, lorsque l'assuré décède durant une période d'invalidité couverte.

3.1.2.2.10. Les exclusions

Le contrat garanti renouvelable comprend un nombre d'exclusions beaucoup plus important que le contrat garanti irrévocable. Ainsi, l'assureur n'est pas tenu de verser de prestations lorsque l'invalidité est la conséquence directe ou indirecte :

- d'une blessure intentionnelle;
- d'une tentative de suicide, que l'assuré soit sain d'esprit ou non;
- de l'inhalation volontaire ou non de gaz ou de fumée;
- de la perpétration ou tentative de perpétration d'une agression, d'un acte de violence ou d'un acte criminel;
- de l'absorption de tout médicament, substance toxique, produit enivrant ou narcotique, à moins qu'il ne soit prescrit par un médecin et pris conformément aux directives de celui-ci;
- d'une guerre ou de tout sinistre lié à une guerre;
- du service dans les forces armées.

Mentionnons que la grossesse en elle-même est exclue des invalidités couvertes par l'assurance. Toutefois, l'invalidité résultant de complications relatives à la grossesse est admise dans le cadre de la protection.

Les exclusions au contrat d'assurance garanti renouvelable mentionnées précédemment sont les plus courantes.

La maladie préexistante

Parmi les clauses d'exclusions, il faut mentionner la clause de maladie préexistante. Elle est comprise dans de nombreux contrats garantis renouvelables. Selon cette clause, aucune prestation n'est versée si l'invalidité survient à la suite d'une affection pour laquelle un individu a reçu des soins au cours de l'année précédant l'entrée en vigueur de la protection.

3.1.2.3. La clientèle ciblée

Offrant moins de garanties que les contrats garantis irrévocables, les contrats garantis renouvelables sont toutefois plus abordables et s'adressent à une clientèle plus large que celle qui souscrit à des contrats garantis irrévocables.

Entre autres, ces contrats conviennent bien aux nouveaux entrepreneurs. En effet, dans le cas d'une entreprise en démarrage, il est impossible de fonder le montant des prestations sur la base du revenu passé. Compte tenu du fait que le contrat garanti renouvelable établit la rente d'invalidité au moment de la réclamation, le montant défini initialement sans preuve de

revenu peut être ajusté en fonction du revenu réel gagné au moment de l'invalidité.

On peut constater que, comparativement au contrat garanti irrévocable, le contrat garanti renouvelable comporte des clauses et des garanties moins avantageuses.

Toutefois, il est important de noter que ce type de protection peut être bonifié par l'ajout de garanties facultatives, selon les besoins et les ressources financières de l'assuré.

3.1.3. Les contrats résiliables

Les contrats résiliables sont ceux qui offrent le moins de garanties en assurance invalidité individuelle. En effet, ce type de contrat permet la modification des primes et des garanties offertes en fonction de leur rentabilité pour la compagnie. L'assureur peut également limiter les possibilités de réclamations liées aux contrats résiliables, voire refuser le renouvellement de ces contrats aux assurés classés dans certaines catégories de risque.

Les contrats d'assurance invalidité résiliables, en raison des garanties offertes et de certaines restrictions, doivent faire l'objet d'une attention particulière de la part des assurés. Par contre, étant donné que la prime est moins élevée que celle des autres types de contrats, ce contrat viendra combler les besoins d'un assuré ayant une capacité de payer plus faible.

Un assuré qui présente un état de santé déclinant pourrait se retrouver sans protection en cas de refus de renouvellement de son contrat par l'assureur. Le risque accru présenté par l'état de santé de l'assuré pourrait réduire ou même éliminer ses possibilités de souscrire une protection émise par une autre compagnie d'assurance. Les contrats résiliables comportent donc des risques importants pour l'assuré.

Les clauses contenues dans le contrat doivent être sérieusement considérées. Ces dernières concernent principalement la modification de la prime, la résiliation de la police et, enfin, les exclusions et restrictions.

3.1.3.1. Les garanties

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'assureur peut augmenter le montant de la prime d'assurance ou prévoir la résiliation des contrats d'une classe de risque dans le cas où ses résultats financiers sont négatifs ou inférieurs à ses prévisions. Les clauses relatives à la modification des primes ou à la résiliation de contrats ne peuvent pas s'appliquer sur une base individuelle.

Le changement de profession ou de lieu de résidence (province ou territoire) d'un assuré peut également se traduire par une modification du montant de la prime ou par la résiliation du contrat, selon la classe de risque dans laquelle se trouve cet assuré après le changement de sa situation. En outre, la modification des primes peut être effectuée une fois par année si les réclamations associées à ce type de contrat justifient une majoration des primes. Par ailleurs, le changement de classe de risque d'un assuré peut laisser sa prime inchangée si celle-ci a été calculée sans distinction de classes.

3.1.3.2. Les clauses du contrat

Les clauses les plus importantes auxquelles l'assuré doit prêter une attention particulière concernent la définition de l'invalidité, les montants des prestations et les exclusions.

3.1.3.2.1. L'invalidité totale

Le contrat résiliable intègre diverses garanties relatives à l'invalidité. Il est toutefois important, pour l'assuré, de bien comprendre les clauses relatives aux définitions de l'invalidité. Ainsi, l'invalidité totale peut être définie en fonction de la profession habituelle occupée durant les derniers 12, 24 ou 36 mois. Par la suite, elle est habituellement définie par l'impossibilité de l'individu d'occuper tout autre emploi rémunéré, sans égard à ses études, à sa formation ou à son expérience de travail.

3.1.3.2.2. L'établissement des prestations

Comme dans le cas des contrats garantis renouvelables, les prestations associées aux contrats résiliables sont établies au moment d'une réclamation. Leur montant n'est donc pas garanti et dépendra de la détermination du revenu gagné par l'assuré à ce moment (voir la section 3.1.2.2.2.). Ce type de contrat établit généralement un plafond maximal de prestations, 3 000 \$, par exemple. Cette limite peut varier selon l'âge et la classe de risque de l'assuré.

Afin d'établir le revenu de l'assuré, l'assureur vérifie ses déclarations de revenus. Dans le cas d'une invalidité totale, la prestation mensuelle accordée peut correspondre, par exemple, au montant le moins important entre :

- le montant maximal de la prestation mensuelle;
- 75 % du revenu gagné avant l'invalidité, selon le calcul utilisé par l'assureur.

3.1.3.2.3. Le délai de carence

Le contrat résiliable peut offrir divers délais de carence. Toutefois, les plus courants sont de 0 jour en cas d'accident et de 30 jours en cas de maladie.

3.1.3.2.4. La période de prestations

La période de prestations peut être de 1, 2, 3 ou 5 ans, ou encore s'étendre jusqu'à l'âge de 65 ans pour certaines classes d'assurés.

3.1.3.2.5. La coordination des prestations

Ce type de contrat prévoit également la coordination des prestations avec celles de l'assurance-emploi et de tout autre contrat d'assurance invalidité, et parfois même avec celles d'une assurance crédit. La coordination des prestations se fait également avec les prestations provenant des autres régimes d'État, s'il y a lieu :

- la CSST;
- le RPC et le RRQ;
- la SAAQ.

La coordination suit l'ordre qui prévaut dans le cas d'un contrat d'assurance invalidité garanti renouvelable.

3.1.3.2.6. L'invalidité récidivante

Le contrat résiliable ne permet pas le cumul des jours d'invalidité pour satisfaire au délai de carence. Les jours d'invalidité doivent être consécutifs. Toutefois, il contient une clause liée à l'invalidité récidivante. Ainsi, dans le cas où l'assuré a satisfait au délai de carence pour une première invalidité et qu'il rechute dans une période de six mois ou moins, il n'aura pas à attendre de nouveau avant le versement de ses prestations. La notion de rechute sous-entend que la source de la deuxième invalidité est identique ou connexe à la source de la première invalidité.

3.1.3.2.7. Les autres clauses

Le contrat résiliable peut comprendre une clause liée à la présomption d'invalidité. Cette clause peut être incluse dans la police avec ou sans condition. La clause de réadaptation est applicable dans le cas d'une invalidité de longue durée. La clause d'exonération des primes entre habituellement en vigueur après un délai de 30 jours.

3.1.3.2.8. Les exclusions

Les contrats résiliables contiennent de nombreuses exclusions. Leur nombre est plus important que dans le cas des contrats garantis renouvelables. En plus des exclusions qui s'appliquent à ces derniers, il faut généralement ajouter celles qui concernent :

- la pratique de sports à titre professionnel ;
- la pratique de l'alpinisme, de la chute libre, du parachutisme, de la plongée sous-marine, de la course en véhicule motorisé ou de la course à cheval ;
- le voyage à bord d'un aéronef ou d'autre appareil utilisé à des fins de vol, sauf dans le cas où l'assuré est un passager payant d'un vol aérien régulier ou nolisé d'une compagnie aérienne commerciale ;
- tout trouble psychiatrique, stress ou épuisement professionnel ;
- tout syndrome de fatigue chronique, fibromyalgie ou fibromyosite ;
- la conduite de tout véhicule motorisé alors que le titulaire est sous l'influence de l'alcool (taux d'alcoolémie plus élevé que 0,08) ;
- toute infection opportuniste ou autre maladie dans le cas où l'assuré est atteint du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou s'il est diagnostiqué séropositif au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) avant la date d'entrée en vigueur de la police ;
- les cas où l'assuré devient invalide alors qu'il se trouve à l'extérieur du Canada et des États-Unis. Il sera présumé que l'invalidité aura débuté le jour où le titulaire sera revenu au Canada et qu'un médecin canadien aura confirmé l'invalidité. Aucune indemnité ne sera versée avant le retour du titulaire de la police ;
- l'incarcération du titulaire de la police dans une prison ou dans un autre établissement correctionnel.

3.1.3.2.9. Les restrictions

Plusieurs restrictions sont inhérentes aux contrats résiliables. Certaines affections peuvent entraîner des périodes de prestations réduites. Ces prestations peuvent être versées pendant 15 ou 30 jours, selon le cas, en fonction d'un maximum cumulatif de 120 jours d'indemnisation cumulés. Au chapitre des affections menant à des prestations à durée réduite, il faut mentionner :

- les maux de dos et de cou ;
- les tendinites et les bursites ;
- les foulures, entorses et elongations musculaires ;
- la dégénérescence discale de la colonne vertébrale et les hernies ;

- les contusions.

3.1.3.3. La clientèle ciblée

On peut constater que, comparativement aux contrats garantis irrévocables et aux contrats garantis renouvelables, les contrats résiliables sont ceux qui offrent le moins de protection.

En raison des contraintes importantes qui lui sont associées, il est certain que ce type de contrat s'adresse à des clientèles particulières. Généralement, ce produit est offert à des individus qui ont difficilement accès à des produits d'assurance plus avantageux ou qui n'ont tout simplement pas les moyens financiers nécessaires pour payer les primes liées à ces produits.

Par exemple, les contrats d'assurance résiliables visent :

- les travailleurs à temps partiel;
- les travailleurs saisonniers;
- les individus exploitant certaines entreprises à domicile (salon de coiffure, de couture ou d'esthétique, vente de produits, télémarketing, etc.), à l'exception des propriétaires de dépanneur, d'épicerie ou de magasin général;
- les individus exerçant des professions difficilement assurables (acteurs, musiciens, gens de cirque, mannequins, auteurs, cascadeurs, membres des forces armées, chauffeurs, athlètes, pilotes d'avion, etc.);
- les individus ayant des antécédents médicaux.

Pour bien cerner les différences existant entre les contrats garantis irrévocables, les contrats garantis renouvelables et les contrats résiliables, voir l'annexe A, où sont définies les clauses, les garanties et les clientèles de chaque type de contrat.

3.2. L'assurance invalidité collective

Un régime d'assurance invalidité collective couvre l'assuré en cas d'accident ou de maladie au même titre que l'assurance invalidité individuelle.

Puisque le représentant doit tenir compte de l'assurance collective lorsqu'il élabore un programme individuel d'assurance invalidité, il s'avère important de connaître les principaux aspects de ce type de produit. L'assurance invalidité collective comporte certaines particularités qui la distinguent de l'assurance invalidité individuelle. La présente section traite tout d'abord de l'assurance collective d'entreprise, puis de l'assurance groupe association. Enfin, elle fait état des caractéristiques de l'assurance prêt.

3.2.1. L'assurance collective d'entreprise

L'assurance collective d'entreprise repose sur une convention en vertu de laquelle les employés d'une entreprise et, dans certains cas, les personnes à leur charge, sont assurés par une police d'assurance ou un contrat cadre. L'assurance collective d'entreprise est généralement offerte dans le programme des avantages sociaux d'une organisation, et le coût de l'assurance est assumé, en tout ou en partie, par l'employeur.

3.2.1.1. Les conditions d'admissibilité

L'établissement de l'assurance collective nécessite la détermination du groupe d'assurés. En effet, certaines dispositions peuvent établir les conditions de couverture des employés. Par exemple, il peut arriver, selon l'entente, que seuls les individus occupant des emplois à temps complet soient couverts. De même, un nombre minimal d'heures de travail hebdomadaires (par exemple, 20 heures) peut être établi comme base d'admissibilité à l'assurance collective. La protection d'assurance peut également nécessiter le maintien en poste des salariés de l'entreprise durant une période de probation déterminée (par exemple, trois mois).

3.2.1.2. Les parties au contrat

Dans le cas de l'assurance collective, le preneur de l'assurance est l'employeur et les adhérents (les assurés) sont les employés.

Le contrat est établi entre l'assureur et le preneur, et les employés, s'ils y sont admissibles, sont tenus d'adhérer à ce régime d'assurance invalidité collectif mis en place par l'employeur.

3.2.1.3. La taille du groupe

L'assurance collective d'entreprise étant fondée sur la couverture de groupes d'employés d'une certaine taille, il est courant qu'elle soit offerte aux individus admissibles sans preuve d'assurabilité. Cette situation s'explique par la possibilité, pour l'assureur, de répartir le risque sur un ensemble de personnes. Lorsque les preuves d'assurabilité ne sont pas requises par l'assureur, il arrive que la couverture maximale offerte à l'adhérent soit plus limitée que dans le cas où des preuves sont demandées.

L'aspect du nombre prend une importance centrale lorsqu'il est question d'assurance collective. En effet, on peut comprendre qu'en n'ayant pas à fournir de preuves d'assurabilité, un employé ayant un bilan de santé précaire aura tout avantage à souscrire à la protection offerte par l'entreprise.

Le fait que la couverture englobe un certain nombre d'individus permet de compenser le risque élevé présenté par une personne donnée par le faible risque associé aux autres membres du groupe. Dans cette perspective, on comprend pourquoi de nombreux contrats d'assurance sont fondés sur une participation obligatoire à l'assurance des membres admissibles de l'organisation, du moins dans le cas de certaines protections.

Dans d'autres cas, la participation des employés admissibles est facultative. Dans ces situations, l'assureur exige généralement la participation d'un nombre minimal d'individus ou un pourcentage de la masse salariale comme condition à la protection du groupe.

3.2.1.4. L'adhésion au contrat

L'adhésion au régime collectif est confirmée par la remise, à l'assuré, d'un certificat d'assurance. Ce certificat est un écrit prouvant l'existence de la protection dont il bénéficie.

L'adhésion à un contrat d'assurance collective sans preuve d'assurabilité doit généralement être faite dans les 30 jours suivant l'admissibilité d'un individu à un régime d'assurance invalidité. Si un employé n'a pas souscrit cette assurance et décide d'y adhérer après le délai prescrit, il est possible que l'assureur exige des preuves d'assurabilité.

Dans un tel cas, l'assureur suppose que la décision de l'individu de souscrire peut être influencée par la détérioration de son état de santé. Ce postulat est à la base de l'exigence de preuves d'assurabilité. Il s'agit d'une mesure de protection utilisée par l'assureur pour limiter le risque qu'il assume.

C'est d'ailleurs dans cette même perspective que l'assureur limitera généralement la prise d'effet de l'assurance aux personnes actives au travail au moment de l'application du contrat. L'activité professionnelle est ici considérée comme la preuve du bon état de santé de l'employé.

L'employé inactif au moment de la prise d'effet du contrat d'assurance pourra adhérer au régime lorsqu'il reprendra ses fonctions à temps plein au sein de l'organisation.

Dans le cas de garanties facultatives, l'adhérent dispose généralement d'un délai pour communiquer ses choix, par l'entremise de l'administrateur du contrat, à l'assureur.

3.2.1.5. Les maladies préexistantes

L'assureur peut également limiter le niveau de risque qu'il assume par l'exclusion des maladies préexistantes. Cette mesure d'exclusion cesse généralement lorsque les employés touchés demeurent actifs au travail pendant une certaine période de temps définie au contrat. Il est important de mentionner que l'assureur peut exclure les maladies préexistantes de la protection seulement dans le cas où le groupe ciblé ne possède pas de couverture assurant ces maladies au moment de l'entente. Le changement d'assureur au moment de l'expiration d'un contrat ne permet pas ce type d'exclusion, puisqu'il entraînerait une perte d'avantages pour les adhérents à l'ancien régime (clause grand-père).

3.2.1.6. L'administration du contrat

L'administration du contrat est un élément important de l'assurance collective d'entreprise. L'employeur est généralement l'intermédiaire le plus apte à l'administrer.

En effet, il possède de nombreuses informations nécessaires à l'assureur, tant sur le plan de l'établissement des primes d'assurance que sur celui du versement des prestations. La plupart du temps, l'employeur est en mesure de définir le nombre d'employés admissibles à la protection et de connaître les mouvements de personnel au sein de l'entreprise, et il est souvent mis au fait des cas d'incapacité (maladie ou accident) au sein de l'organisation.

La prise en charge de l'administration du régime par l'employeur constitue un avantage non négligeable pour les employés couverts. En effet, cet engagement dispensant l'assureur des opérations de gestion, celui-ci peut réduire, de façon importante, le taux des primes associé aux différentes protections.

3.2.1.7. Les garanties d'assurance invalidité

L'assurance invalidité collective offre plusieurs garanties dont :

- la garantie d'assurance salaire de courte durée ;
- la garantie d'assurance salaire de longue durée.

Ce sont les garanties d'assurance invalidité les plus courantes dans ce type de contrat. Pour cette raison, dans cette section, on s'intéressera davantage à ces deux garanties d'assurance invalidité.

3.2.1.8. La définition de l'invalidité

Dans un contrat d'assurance collective, l'invalidité est habituellement définie comme l'incapacité totale et continue du participant, à la suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle, d'exercer les tâches relatives à son travail. Selon les assureurs, la définition de l'invalidité liée à la profession peut varier, ainsi que le délai y afférent.

Bien entendu, l'invalidité n'est reconnue qu'à la condition que l'assuré ne reçoive aucune rémunération directe ou indirecte pour un travail, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par l'assureur. De plus, l'assuré doit recevoir les soins réguliers d'un médecin ou d'un professionnel de la santé reconnu par l'assureur.

3.2.1.9. La garantie d'assurance invalidité de courte durée

Le délai de carence

Le délai de carence est la période d'attente entre le début de l'invalidité et l'admissibilité aux prestations. Les délais les plus courants, en cas d'accident, sont de 0, 7 et 15 jours. Quand il n'y a aucune période d'attente, l'admissibilité aux prestations débute la journée même de l'accident. En cas d'hospitalisation, le délai peut correspondre à un nombre d'heures consécutives d'hospitalisation – 24 heures, par exemple.

Dans le cas où l'invalidité est attribuable à la maladie, les délais de carence sont généralement de 7 ou de 15 jours, et ce, afin de diminuer le nombre de petites réclamations. Ce délai peut être assumé sans problème par l'assuré et, s'il n'existait pas, les réclamations payées et les frais relatifs au traitement des demandes augmenteraient de façon notable.

La durée des prestations

La garantie d'assurance salaire de courte durée couvre généralement une période qui dure de 15 à 26 semaines, et les versements des prestations sont hebdomadaires.

Le montant des prestations

En assurance salaire de courte durée, le montant de la prestation correspond le plus souvent à un pourcentage ou à une partie du salaire de l'assuré. La prestation est généralement fixée aux deux tiers de la rémunération. Une prestation maximale est également prévue. La détermination d'un plafond vient du fait que certains assurés perçoivent des salaires très élevés, ce qui pourrait entraîner le versement de prestations exorbitantes.

La coordination avec les régimes d'État

Un régime d'assurance invalidité collectif peut être coordonné à l'assurance-emploi. Dans le cas d'une invalidité de l'adhérent, l'assurance-emploi versera normalement des prestations d'invalidité pendant 15 semaines, après une période d'attente de 2 semaines (cette période peut être annulée si l'individu est en congé de maladie payé par son employeur après son dernier jour de travail). Le régime collectif coordonné à l'assurance-emploi complètera ces prestations.

Puisque l'assureur du régime collectif n'a pas à verser le plein montant des prestations durant ces semaines, il en résulte une réduction du taux des primes pour l'assurance invalidité de courte durée.

La coordination entre l'assurance collective et l'assurance individuelle

Un assuré couvert par une assurance collective peut souscrire à une assurance individuelle si l'assurance collective qu'il possède ne couvre pas le montant maximal de prestations auquel il a droit en fonction de son revenu gagné. Son assurance individuelle ne pourra couvrir que la différence entre le montant maximal auquel il a droit en fonction de son revenu gagné et le montant établi au contrat collectif.

Toutefois, l'assuré qui possède une assurance individuelle et qui, par la suite, adhère à un régime collectif peut conserver son contrat individuel. Dans ce cas, le premier payeur sera l'assurance individuelle, et l'assurance collective couvrira la différence entre les prestations reçues par l'assuré et le montant maximal prévu au contrat collectif.

Exemple

Le revenu de Stéphanie est de 100 000 \$ par année. Selon son régime d'assurance collective en vigueur, la prestation mensuelle maximale prévue au contrat est de 4 000 \$. Cependant, selon son revenu gagné, Stéphanie pourrait être admissible à une rente maximale de 5 000 \$ par mois provenant d'un régime d'assurance individuelle. Elle peut donc souscrire à un contrat d'assurance invalidité individuelle prévoyant une prestation mensuelle de 1 000 \$ (5 000 \$ - 4 000 \$).

En cas d'invalidité, l'assurance individuelle sera le premier payeur et l'assurance collective comblera la différence.

Il faut noter que, dans cet exemple, si l'invalidité de Stéphanie était due à un accident de travail et qu'elle avait droit à des prestations de la CSST, ce régime aurait été le premier payeur, l'assurance invalidité individuelle, la deuxième, et l'assurance collective, le dernier (dans le cas où le montant maximal des prestations n'aurait pas déjà été atteint par les deux premiers régimes).

Dans le cas d'un régime d'assurance invalidité individuel non coordonné, c'est l'assureur qui prend en charge les prestations à verser.

3.2.1.10. La garantie d'assurance invalidité de longue durée**Délai de carence**

Le délai de carence relatif à la garantie d'assurance salaire de longue durée est la continuité de l'assurance salaire de courte durée si le régime offre les deux garanties. Par exemple, si la durée de l'assurance salaire courte durée est de 26 semaines, dans ce cas, le délai de carence sera de 26 semaines pour la garantie d'assurance salaire longue durée. Dans les autres cas, le délai de carence est habituellement de 17 semaines, ce qui correspond à la durée des prestations versées par l'assurance-emploi.

La durée des prestations

La durée des prestations de l'assurance salaire de longue durée peut être de 5 ou 10 ans mais, la plupart du temps, elle se prolonge jusqu'à l'âge de 65 ans. L'invalidité étant de longue durée, les prestations sont versées mensuellement, en fin de période.

L'invalidité récidivante

Il peut arriver que l'adhérent soit affecté par des périodes successives d'invalidité attribuables à la même cause. Dans cette situation, si son retour au travail est d'une durée de moins de 180 jours consécutifs, l'invalidité est considérée comme la continuation de l'invalidité antérieure. Ce délai peut varier d'un assureur à l'autre, mais il est habituellement de 180 jours. Les prestations sont versées immédiatement.

Par contre, si la cause de l'invalidité n'est pas attribuable ou connexe à l'invalidité antérieure, un nouveau délai de carence sera imposé. Si le retour au travail excède 180 jours consécutifs, même si l'invalidité est attribuable à la même cause que l'invalidité antérieure, l'événement sera généralement considéré comme une nouvelle invalidité.

Le montant des prestations

Comme dans le cas de l'assurance salaire de courte durée, le montant de la prestation correspond généralement à un pourcentage ou à une partie du salaire de l'assuré. La prestation est habituellement fixée aux deux tiers de la rémunération. Une prestation maximale est également prévue. La détermination d'un plafond vient du fait que certains assurés perçoivent des salaires très élevés, ce qui pourrait entraîner le versement de prestations exorbitantes.

La coordination des prestations

Les prestations déterminées en vertu du contrat d'assurance sont réduites du montant des prestations d'invalidité payable ou qui serait payable à l'adhérent si une demande satisfaisante avait été faite en vertu :

- du RRQ;
- d'une loi sur les accidents du travail;
- d'une loi provinciale sur l'assurance automobile;
- de l'assurance-emploi.

La coordination s'applique de la même façon que dans le cas de l'assurance invalidité de courte durée.

Les exclusions et les restrictions

L'assurance invalidité, aussi appelée assurance salaire, comprend certaines exclusions et restrictions afin d'éviter les abus sur le plan des réclamations. Ces exclusions et restrictions s'appliquent autant à la garantie d'assurance invalidité de courte durée qu'à celle de longue durée.

Généralement, l'assurance ne couvre aucune invalidité attribuable à l'une des causes suivantes :

- toute blessure ou maladie qui résulte d'une agitation civile, d'une insurrection ou d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute;
- toute tentative de suicide ou toute blessure que le participant s'inflige volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- toute cessation de travail pour recevoir des soins qui ne sont pas médicalement nécessaires ou qui sont donnés dans un but esthétique, sauf si les soins découlent d'une blessure accidentelle et ont commencé à être donnés dans les 90 jours suivant l'accident;
- toute blessure ou maladie qui résulte de la perpétration, de la tentative de perpétration ou de la provocation d'une agression ou d'un acte criminel.

Il faut noter que :

- si l'invalidité est attribuable à la toxicomanie ou à l'alcoolisme, la prestation hebdomadaire d'assurance est versée à la condition que le participant suive une cure fermée, approuvée par l'assureur;
- un participant qui s'absente aux États-Unis pour une période déterminée au contrat (plus de 90 jours consécutifs, par exemple), perd son droit aux prestations prévues par la garantie, et ce droit n'est rétabli qu'à son retour, sous réserve de toute autre disposition de la garantie;
- l'assurance prévue ne couvre aucune invalidité qui résulte d'une maladie ou d'une blessure accidentelle qui survient pendant une grève, un lock-out ou une mise à pied temporaire, si la garantie du participant n'a pas été maintenue en vigueur pendant la grève, le lock-out ou la mise à pied temporaire. Toutefois, si la garantie du participant est maintenue en vigueur, le délai de carence de l'assurance débutera à la date prévue du retour au travail du participant.

Le tableau 3.2 illustre les principales garanties de l'assurance invalidité collective.

Tableau 3.2 Garanties d'assurance invalidité de courte durée et de longue durée

Garanties	Description	Éléments
Assurance invalidité de courte durée	Montant	Généralement 67 % du salaire hebdomadaire, avec la mention d'une prestation maximale.
	Délai de carence, accident	0, 7 ou 15 jours.
	Délai de carence, maladie	7 ou 15 jours.
	Délai de carence, hospitalisation	Selon le nombre d'heures d'hospitalisation.
	Durée des prestations	15 à 26 semaines.
Assurance invalidité de longue durée	Montant	67 % du salaire mensuel, avec mention d'une prestation maximale.
	Délai de carence, accident ou maladie	15 à 26 semaines.
	Durée des prestations	5 ans, 10 ans ou jusqu'à 65 ans.

3.2.2. L'assurance groupe association

Les régimes d'association s'apparentent aux régimes collectifs d'entreprise en ce sens qu'ils visent la couverture d'un risque réparti sur un groupe d'individus. Toutefois, dans le cas de l'assurance groupe association, les membres couverts n'ont pas l'entreprise ou l'organisation comme facteur commun, mais plutôt une profession, des objectifs ou des intérêts similaires. Le contrat d'assurance est généralement négocié entre une association représentant des spécialistes ou des professionnels (médecins, comptables, etc.) et l'assureur.

3.2.2.1. Les garanties offertes

Dans la plupart des cas, les adhérents effectuent certains choix quant aux montants des prestations et aux garanties auxquelles ils peuvent souscrire. Au chapitre des options d'assurance, il n'est pas rare que soit prévu le remboursement de certains frais de bureau fréquemment engagés par les travailleurs des professions libérales.

3.2.2.2. Le niveau de risque

Les associations présentent généralement un niveau de risque plus élevé que celui des entreprises. Cela vient du fait que les associations sont composées de membres aux caractéristiques plus homogènes que celles

des employés d'une entreprise, qui affichent généralement des profils plus diversifiés. Ce phénomène d'homogénéité rend plus ardue la répartition des risques sur l'ensemble des adhérents. C'est ainsi que l'assurance groupe association comporte souvent des règles de sélection plus ou moins contraignantes selon les montants d'assurance et les caractéristiques spécifiques du groupe à couvrir.

3.2.3. L'assurance prêt

L'assurance prêt – ou assurance crédit – est une assurance collective dont le titulaire est une institution financière, soit l'institution prêteuse. Cette assurance garantit à l'institution la continuité des paiements périodiques sur l'emprunt d'un souscripteur qui devient invalide. Les versements sont effectués durant toute la période d'invalidité, selon les dispositions de la police. L'assurance prêt peut être obtenue par le paiement d'une prime unique ou faire l'objet du versement d'un montant nivelé. Les primes sont généralement garanties jusqu'à l'échéance de l'emprunt. L'assurance crédit oblige généralement le souscripteur à remplir un formulaire afin qu'on vérifie son assurabilité.

L'assurance hypothécaire est la forme d'assurance prêt la plus demandée dans les institutions financières. Elle est garantie par une compagnie d'assurance.

Rappel

Voici les notions importantes à retenir de ce chapitre.

- Dans le contrat garanti irrévocable, l'assureur ne peut pas modifier la prime et les garanties définies à l'émission, même si l'assuré change de profession, de revenu, de lieu de résidence, etc. La prime et les garanties demeureront les mêmes jusqu'à l'expiration du contrat.
- Dans le contrat garanti renouvelable, l'assureur peut modifier la prime dans certaines circonstances, mais ne peut pas modifier les garanties stipulées au contrat ni refuser le renouvellement tant que l'assuré occupe un emploi assurable et qu'il réside au Canada.
- Dans le contrat résiliable, l'assureur peut modifier les primes et les garanties, et même refuser le renouvellement du contrat des assurés appartenant à certaines catégories de risque. En ce qui a trait aux réclamations, ce contrat comporte beaucoup de restrictions et d'exclusions.
- Dans les contrats d'assurance invalidité individuelle, les aspects les plus importants auxquels il faut prêter attention sont le type de contrat, les définitions de l'invalidité, les garanties, le calcul effectué afin de déterminer le montant des prestations en cas de réclamation et les exclusions prévues au contrat.
- L'assurance salaire collective offre des garanties avantageuses en cas d'accident ou d'hospitalisation, notamment à cause de l'absence de délai de carence et de l'établissement d'un délai de carence de sept jours en cas de maladie.
- L'assurance prêt la plus répandue couvre les versements hypothécaires en cas d'invalidité. Elle est offerte par les institutions prêteuses, mais garantie par une compagnie d'assurance.

Il est suggéré de répondre aux questions de l'exercice d'autoévaluation qui suit, afin de bien avoir à l'esprit les notions traitées dans le chapitre 3.

Puis, il est possible de vérifier vos réponses en consultant le corrigé de l'exercice d'autoévaluation qui se trouve à la fin de ce chapitre.

Exercice d'autoévaluation

Répondez aux questions de l'exercice d'autoévaluation. Les questions qui suivent ont pour but de vous faire réviser les sujets traités dans le chapitre. Pour chacune des questions, encerclez la bonne réponse.

Répondez aux questions 1 et 2 en vous référant à la mise en situation suivante.

Jacques détient une police d'assurance invalidité garantie irrévocable depuis cinq ans. La prestation est de 2 500 \$ par mois, le délai de carence est de 30 jours et, en cas d'invalidité prolongée, des prestations lui seront versées jusqu'à ce qu'il ait 65 ans.

Depuis un an, il travaille à son compte dans une quincaillerie qu'il a achetée avec son frère. Le travail qu'il effectue est varié et comporte des risques plus élevés que ceux liés à son emploi précédent de comptable. Il se verse actuellement un salaire de 30 000 \$ par année, qui sera révisé lorsque l'entreprise prendra de l'expansion.

Question 1

Jacques doit-il aviser la compagnie d'assurance qu'il a changé de travail ?

- a) Non. Puisque ce type de contrat est irrévocable, l'assuré n'est pas tenu d'aviser la compagnie du changement.
- b) Oui, mais puisque le contrat est garanti irrévocable, l'assureur devra payer en cas d'invalidité.
- c) Oui, il est préférable de l'aviser, car l'assureur pourrait ne pas payer le montant de la prestation prévu au contrat.
- d) Non, mais la prestation sera ajustée en fonction de son revenu gagné avant l'invalidité.

Question 2

En cas d'invalidité, Jacques peut s'attendre à recevoir :

- a) les deux tiers de son revenu gagné au cours de la dernière année.
- b) les deux tiers de son revenu gagné au cours de la dernière année, moins les frais d'exploitation.
- c) 2 500 \$ par mois.
- d) rien du tout s'il n'avise pas la compagnie qu'il a changé de travail.

Question 3

Dans le contrat garanti irrévocable, lorsque la définition d'invalidité totale comporte une protection « propre profession », cela signifie :

- a) qu'un assuré peut continuer de recevoir ses prestations d'invalidité après un congédiement par son employeur.
- b) qu'un assuré peut continuer de recevoir ses prestations d'invalidité même s'il peut effectuer les principales tâches relatives à sa profession.
- c) qu'un assuré peut occuper un autre emploi rémunéré et continuer de recevoir ses prestations d'invalidité s'il est dans l'incapacité d'exercer sa profession habituelle.
- d) que l'assureur ne peut pas exiger qu'il occupe un autre emploi selon sa formation et son expérience.

Répondez aux questions 4 et 5 en vous référant à la mise en situation suivante.

Lucille travaille pour une firme d'ingénierie depuis quatre ans et touche un salaire annuel de 45 000 \$ à titre d'assistante administrative à la direction. Son salaire n'a pas fluctué depuis deux ans. Elle souscrit un contrat d'assurance invalidité garanti renouvelable incluant une durée de prestation maximale de deux ans. Le contrat prévoit une prestation mensuelle de 2 350 \$, une prestation maximale établie à 3 000 \$ et un délai de carence de 120 jours. Lucille pourra recevoir une prestation de 423 \$ par semaine provenant de l'assurance-emploi.

Question 4

Lucille devient invalide pendant huit mois à la suite d'une maladie. Elle recevra donc :

- a) 423 \$ de l'assurance-emploi au cours des 17 premières semaines de son invalidité et, par la suite, une prestation mensuelle de 2 350 \$ provenant du régime d'assurance invalidité.
- b) 423 \$ par semaine de l'assurance-emploi et 2 350 \$ par mois de son assurance individuelle pendant toute la durée de son invalidité.
- c) Aucun montant pour les 2 premières semaines de son invalidité, 423 \$ de l'assurance-emploi au cours des 15 semaines suivantes et, par la suite, une prestation mensuelle de 2 350 \$ provenant du régime d'assurance invalidité.
- d) Après un délai de carence de 2 semaines, 423 \$ par semaine de l'assurance-emploi pendant 15 semaines et, par la suite, la prestation maximale prévue au contrat.

Question 5

Si Lucille est malade une seconde fois, quelles conditions feront qu'on ne lui imposera pas de nouveau le délai de carence associé à sa protection ?

- a) Son invalidité devra débiter moins de six mois après son retour au travail.
- b) Son invalidité devra être liée à la maladie à l'origine de son invalidité de départ, et ce, moins de six mois après son retour au travail.
- c) Son invalidité devra être liée à la maladie à l'origine de son invalidité de départ, et ce, moins de trois mois après son retour au travail.
- d) Sa nouvelle invalidité devra se produire après un retour au travail de moins d'un an.

Question 6

Un contrat d'assurance invalidité individuelle garanti irrévocable comprend généralement une période de prestation maximale :

- a) de 24 ou 120 mois.
- b) de 24 ou 120 mois, ou jusqu'à 65 ans.
- c) de 24, 60 ou 120 mois, ou jusqu'à 65 ans.
- d) de 24, 60 ou 120 mois, jusqu'à 65 ans ou à vie.

Répondez aux questions 7 à 9 en vous référant à la mise en situation suivante.

Marie désire assurer son salaire au cas où elle deviendrait invalide. Elle travaille sur une base contractuelle depuis trois ans dans le domaine du design intérieur, et son revenu assurable moyen des deux dernières années s'élève à 24 000 \$. Vous lui proposez un contrat garanti renouvelable dont la prestation mensuelle s'élève à 1 250 \$. La durée des prestations est de 2 ans, et le contrat comporte un délai de carence de 30 jours.

Question 7

Laquelle de ces caractéristiques du contrat pourrait lui permettre de réduire sa prime de façon appréciable ?

- a) Le montant de la prestation.
- b) Le délai de carence.
- c) La durée des prestations.
- d) Le type de contrat.

Question 8

Si elle fait une réclamation, quel sera le montant de la prestation ?

- a) Le revenu mensuel le plus élevé au cours des 6, 12 ou 24 derniers mois.
- b) 1 250 \$ par mois.
- c) Les deux tiers du revenu mensuel gagné au cours de la dernière année, sans toutefois dépasser 1 250 \$.
- d) Le montant le plus élevé entre le revenu mensuel gagné au cours de la dernière année et 1 250 \$.

Question 9

Marie est-elle tenue d'aviser l'assureur si elle change d'emploi ?

- a) Oui, car l'assureur pourrait refuser le renouvellement du contrat.
- b) Non, car le contrat est garanti renouvelable.
- c) Non, seulement si elle a une diminution de son revenu afin de ne pas payer pour une garantie dont elle ne pourra pas bénéficier.
- d) Oui, car elle pourrait se retrouver dans une catégorie professionnelle non assurable.

Question 10

L'assurance qui couvre un prêt hypothécaire est :

- a) un contrat d'assurance individuelle dont une institution financière est propriétaire.
- b) un contrat qui couvre le solde d'une hypothèque et qui est détenu par l'assuré.
- c) un contrat qui ne peut pas être résilié après l'émission.
- d) un contrat d'assurance collective dont le titulaire est une institution financière.

Question 11

Lorsqu'un contrat est résiliable, on doit principalement prêter attention :

- a) aux exclusions et aux restrictions.
- b) aux garanties.
- c) aux caractéristiques du contrat.
- d) à la profession de l'assuré.

Question 12

Comment expliquer que l'assurance collective d'entreprise est couramment offerte aux individus admissibles sans preuve d'assurabilité ?

- a) La taille du groupe à couvrir permet de répartir le risque assumé par l'assureur.
- b) Le taux de prime élevé permet de compenser le risque accru couvert par l'assureur.
- c) La couverture est seulement offerte à des groupes d'individus ayant des profils individuels identiques.
- d) Les démarches à entreprendre afin d'obtenir les preuves d'assurabilité occasionneraient plus de frais à l'assureur que la marge d'indemnisation supplémentaire à couvrir par ce dernier pour les individus présentant un risque accru.

Corrigé de l'exercice d'autoévaluation

Réponse 1

Jacques doit-il aviser la compagnie d'assurance qu'il a changé de travail ?

- a) **Non. Puisque ce type de contrat est irrévocable, l'assuré n'est pas tenu d'aviser la compagnie du changement.**
- b) Oui, mais puisque le contrat est garanti irrévocable, l'assureur devra payer en cas d'invalidité.
- c) Oui, il est préférable de l'aviser, car l'assureur pourrait ne pas payer le montant de la prestation prévu au contrat.
- d) Non, mais la prestation sera ajustée en fonction de son revenu gagné avant l'invalidité.

Réponse 2

En cas d'invalidité, Jacques peut s'attendre à recevoir :

- a) les deux tiers de son revenu gagné au cours de la dernière année.
- b) les deux tiers de son revenu gagné au cours de la dernière année, moins les frais d'exploitation.
- c) **2 500 \$ par mois.**
- d) rien du tout s'il n'avise pas la compagnie qu'il a changé de travail.

Justification : Il détient une police d'assurance invalidité garantie qui prévoit le versement du montant des prestations sans égard au revenu gagné avant invalidité.

Réponse 3

Dans le contrat garanti irrévocable, lorsque la définition d'invalidité totale comporte une protection « propre profession », cela signifie :

- a) qu'un assuré peut continuer de recevoir ses prestations d'invalidité après un congédiement par son employeur.
- b) qu'un assuré peut continuer de recevoir ses prestations d'invalidité même s'il peut effectuer les principales tâches relatives à sa profession.
- c) **qu'un assuré peut occuper un autre emploi rémunéré et continuer de recevoir ses prestations d'invalidité s'il est dans l'incapacité d'exercer sa profession habituelle.**
- d) que l'assureur ne peut pas exiger qu'il occupe un autre emploi selon sa formation et son expérience.

Réponse 4

Lucille devient invalide pendant huit mois à la suite d'une maladie. Elle recevra donc :

- a) 423 \$ de l'assurance-emploi au cours des 17 premières semaines de son invalidité et, par la suite, une prestation mensuelle de 2 350 \$ provenant du régime d'assurance invalidité.
- b) 423 \$ par semaine de l'assurance-emploi et 2 350 \$ par mois de son assurance individuelle pendant toute la durée de son invalidité.
- c) **Aucun montant pour les 2 premières semaines de son invalidité, 423 \$ de l'assurance-emploi au cours des 15 semaines suivantes et, par la suite, une prestation mensuelle de 2 350 \$ provenant du régime d'assurance invalidité.**
- d) Après un délai de carence de 2 semaines, 423 \$ par semaine de l'assurance-emploi pendant 15 semaines et, par la suite, la prestation maximale prévue au contrat.

Réponse 5

Si Lucille est malade une seconde fois, quelles conditions feront qu'on ne lui imposera pas de nouveau le délai de carence associé à sa protection ?

- a) Son invalidité devra débuter moins de six mois après son retour au travail.
- b) **Son invalidité devra être liée à la maladie à l'origine de son invalidité de départ, et ce, moins de six mois après son retour au travail.**
- c) Son invalidité devra être liée à la maladie à l'origine de son invalidité de départ, et ce, moins de trois mois après son retour au travail.
- d) Sa nouvelle invalidité devra se produire après un retour au travail de moins d'un an.

Réponse 6

Un contrat d'assurance invalidité individuelle garanti irrévocable comprend généralement une période de prestation maximale :

- a) de 24 ou 120 mois.
- b) de 24 ou 120 mois, ou jusqu'à 65 ans.
- c) de 24, 60 ou 120 mois, ou jusqu'à 65 ans.
- d) **de 24, 60 ou 120 mois, jusqu'à 65 ans ou à vie.**

Réponse 7

Laquelle de ces caractéristiques du contrat pourrait lui permettre de réduire sa prime de façon appréciable ?

- a) Le montant de la prestation.
- b) Le délai de carence.**
- c) La durée des prestations.
- d) Le type de contrat.

Réponse 8

Si elle fait une réclamation, quel sera le montant de la prestation ?

- a) Le revenu mensuel le plus élevé au cours des 6, 12 ou 24 derniers mois.
- b) 1 250 \$ par mois.
- c) Les deux tiers du revenu mensuel gagné au cours de la dernière année, sans toutefois dépasser 1 250 \$.**
- d) Le montant le plus élevé entre le revenu mensuel gagné au cours de la dernière année et 1 250 \$.

Réponse 9

Marie est-elle tenue d'aviser l'assureur si elle change d'emploi ?

- a) Oui, car l'assureur pourrait refuser le renouvellement du contrat.
- b) Non, car le contrat est garanti renouvelable.
- c) Non, seulement si elle a une diminution de son revenu afin de ne pas payer pour une garantie dont elle ne pourra pas bénéficier.
- d) Oui, car elle pourrait se retrouver dans une catégorie professionnelle non assurable.**

Réponse 10

L'assurance qui couvre un prêt hypothécaire est :

- a) un contrat d'assurance individuelle dont une institution financière est propriétaire.
- b) un contrat qui couvre le solde d'une hypothèque et qui est détenu par l'assuré.
- c) un contrat qui ne peut pas être résilié après l'émission.
- d) un contrat d'assurance collective dont le titulaire est une institution financière.**

Réponse 11

Lorsqu'un contrat est résiliable, on doit principalement prêter attention :

- a) **aux exclusions et aux restrictions.**
- b) aux garanties.
- c) aux caractéristiques du contrat.
- d) à la profession de l'assuré.

Réponse 12

Comment expliquer que l'assurance collective d'entreprise est couramment offerte aux individus admissibles sans preuve d'assurabilité ?

- a) **La taille du groupe à couvrir permet de répartir le risque assumé par l'assureur.**
- b) Le taux de prime élevé permet de compenser le risque accru couvert par l'assureur.
- c) La couverture est seulement offerte à des groupes d'individus ayant des profils individuels identiques.
- d) Les démarches à entreprendre afin d'obtenir les preuves d'assurabilité occasionneraient plus de frais à l'assureur que la marge d'indemnisation supplémentaire à couvrir par ce dernier pour les individus présentant un risque accru.

Retour sur les apprentissages

Cette activité d'objectivation vous permettra d'évaluer vos points forts et vos points faibles quant au développement des sous-éléments de compétence visés par ce chapitre. Vous pourrez tirer profit de cette expérience d'apprentissage en vous fixant de nouvelles stratégies pour les atteindre.

Répondez aux questions du tableau à l'aide de l'échelle suivante :



Chapitre 3

Les contrats d'assurance invalidité individuelle et collective

Est-ce que je maîtrise les notions et les compétences qui me permettraient :				
De discerner les caractéristiques des contrats d'assurance invalidité individuelle ?	1	2	3	4
D'identifier les clauses des contrats de chacun des produits d'assurance invalidité individuelle ?	1	2	3	4
De reconnaître les types de produits selon leurs caractéristiques ?	1	2	3	4
De distinguer les types d'assurance invalidité collective ?	1	2	3	4

Estimez-vous maîtriser tous ces sous-éléments de compétence ? Si oui, félicitations ! Vous êtes maintenant en mesure de poursuivre avec le prochain chapitre.

Si vous en doutez, il est recommandé de revoir les sections traitant des sous-éléments de compétence non maîtrisés. Vous devriez revoir les notions qui vous permettront d'améliorer votre maîtrise de chaque sous-élément de compétence. N'oubliez pas de mettre à jour votre plan d'étude !

Lorsque vous serez satisfait de votre compréhension, passez au chapitre suivant.

Chapitre 4

Les garanties optionnelles de l'assurance invalidité individuelle

- L'assurance de la vieillesse.
- La garantie d'invalidité totale.
- La garantie d'invalidité partielle.
- La garantie d'invalidité temporaire.
- La garantie d'invalidité permanente.
- La garantie d'invalidité temporaire et permanente.
- La garantie d'invalidité temporaire et permanente avec une période d'attente.
- La garantie d'invalidité temporaire et permanente avec une période d'attente et une période de réévaluation.
- La garantie d'invalidité temporaire et permanente avec une période d'attente et une période de réévaluation et une période de réévaluation.
- La garantie d'invalidité temporaire et permanente avec une période d'attente et une période de réévaluation et une période de réévaluation et une période de réévaluation.

- L'assurance de la vieillesse.
- La garantie d'invalidité totale.
- La garantie d'invalidité partielle.

Élément de la compétence

- Comprendre les garanties optionnelles des contrats d'assurance invalidité.

Sous-éléments de la compétence

- Reconnaître les différentes garanties optionnelles de l'assurance invalidité ;
- Distinguer les modalités d'application des différentes garanties optionnelles de l'assurance invalidité.

Contenu

- L'indexation de la prestation ;
- La garantie d'assurabilité future ;
- La prolongation de la période de profession habituelle jusqu'à 65 ans ;
- L'invalidité partielle ou résiduelle ;
- L'anticipation du paiement des prestations ;
- La garantie en cas d'hospitalisation ;
- La garantie en cas de décès accidentel ou de mutilation accidentelle ;
- La rente viagère en cas d'accident ou de maladie ;
- La protection épargne-retraite ;
- La garantie de remboursement des primes ;
- L'avenant pour professionnels de la santé.

Activités d'apprentissage

- Lecture ;
- Exercice d'autoévaluation ;
- Corrigé de l'exercice d'autoévaluation.

4. Les garanties optionnelles de l'assurance invalidité individuelle

Les garanties optionnelles constituent un aspect important de l'assurance invalidité, puisqu'elles permettent à l'assuré de compléter sa protection de base afin qu'elle corresponde pleinement à ses besoins. Il existe de nombreuses garanties optionnelles. Toutefois, il est important de mentionner qu'elles ne sont pas automatiquement offertes. Certaines garanties diffèrent selon le contrat souscrit, alors que d'autres sont réservées à certaines classes professionnelles. Il faut aussi ajouter que, pour se prévaloir des avantages d'une garantie complémentaire, l'assuré doit payer une prime supplémentaire. Les 11 principales garanties optionnelles sont :

- l'indexation de la prestation ;
- la garantie d'assurabilité future ;
- la prolongation de la période de profession habituelle jusqu'à 65 ans ;
- l'invalidité partielle ou résiduelle ;
- l'anticipation du paiement des prestations ;
- la garantie en cas d'hospitalisation ;
- la garantie en cas de décès accidentel ou de mutilation accidentelle ;
- la rente viagère en cas d'accident ou de maladie ;
- la protection épargne-retraite ;
- la garantie de remboursement des primes ;
- l'avenant pour professionnels de la santé.

Chacune de ces protections sera abordée dans ce chapitre afin d'offrir une vue d'ensemble des garanties optionnelles de l'assurance invalidité individuelle.

4.1. L'indexation de la prestation

La garantie d'indexation selon le coût de la vie vise à protéger, par un ajustement de la prestation, le pouvoir d'achat de l'assuré contre les effets de l'inflation pendant qu'il reçoit des prestations d'invalidité. Selon la protection souscrite, l'ajustement peut être effectué sur une base semestrielle ou annuelle.

Les méthodes d'indexation

Deux méthodes d'indexation de la prestation sont habituellement utilisées.

- L'indexation selon l'indice des prix à la consommation (IPC)

Cette première méthode consiste en un ajustement de la prestation suivant l'évolution de l'IPC. Il arrive couramment qu'un plafond d'indexation soit établi. Si le taux d'indexation atteint 8 % mais qu'un taux maximal de 5 % a été prévu au contrat, c'est ce dernier taux qui prévaudra au moment de l'ajustement de la prestation.

- L'indexation à taux fixe

Cette deuxième méthode prévoit l'indexation de la prestation sur la base d'un taux fixe établi au contrat. Ce dernier varie généralement de 1 % à 5 %.

Il arrive, dans les deux cas, que la garantie prévoie la possibilité d'une augmentation de la prestation souscrite lorsque l'invalidité prend fin. Cette augmentation correspond aux montants majorés durant l'invalidité et peut être obtenue sans preuve de revenus et sans preuve d'assurabilité. La plupart du temps, cette option est appliquée au cours de la deuxième année d'invalidité.

Les conséquences de l'inflation sur l'invalidité de longue durée

La garantie d'indexation de la prestation peut s'avérer fort intéressante pour l'assuré, particulièrement en cas d'invalidité de très longue durée. En effet, une prestation de 1 000 \$ soumise à un taux d'inflation annuel de 5 % équivaldra à 773,78 \$ après une période de 5 ans, et à 598,74 \$ après 10 ans. Ainsi, dans le cas où la prestation ne fait pas l'objet d'une indexation, l'assuré perdra 40,13 % de son pouvoir d'achat après une période de 10 ans.

4.2. La garantie d'assurabilité future

Cette garantie donne la possibilité d'une majoration future de la protection d'invalidité sans preuve d'assurabilité au regard de la santé ou de la profession de l'assuré. Plus tard, l'assuré qui détient cette garantie pourra souscrire à des montants de protection additionnels, même dans le cas d'une détérioration de son état de santé et même si sa nouvelle profession le place dans une catégorie d'emplois plus à risque.

De façon générale, la garantie d'assurabilité future permet à l'assuré d'obtenir un montant de protection sur la seule base de son revenu au moment de la souscription à cette garantie. Il va de soi que la somme de la rente en vigueur additionnée au montant de la protection additionnelle souscrite ne doit pas dépasser le maximum établi par l'assureur.

Les modalités de la garantie

Les modalités de la garantie prévoient un montant de protection supplémentaire global ou des fractions de ce dernier pouvant être ajoutées à la protection mensuelle de base. L'assuré doit cependant fournir la preuve qu'il a les revenus assurables nécessaires à l'augmentation de la rente d'invalidité. Habituellement, l'option d'assurabilité future peut être appliquée à chacune des dates d'anniversaire du contrat ou à des âges prédéterminés. Il est également possible d'augmenter la rente d'invalidité en raison d'événements particuliers, comme l'achat d'une maison, un mariage ou la naissance d'un enfant. Il faut mentionner que, généralement, la demande de majoration doit être effectuée 60 jours avant les dates auxquelles il est possible d'appliquer l'option selon le contrat. L'assuré peut se prévaloir des avantages de l'option jusqu'à l'anniversaire du contrat précédant son 55^e anniversaire de naissance. Certaines compagnies d'assurance permettront même à un assuré de se prévaloir d'options dont il ne s'est pas servi antérieurement.

Le montant additionnel

Le montant additionnel total pouvant être souscrit dépend essentiellement de trois facteurs :

- les revenus de l'assuré au moment de souscrire la garantie;
- le montant total d'assurance invalidité de l'assuré;
- les règles de tarification en vigueur lors de la souscription de la garantie.

L'assuré n'est pas dans l'obligation de souscrire le montant additionnel maximal offert. Il est cependant courant de voir les compagnies d'assurance établir un montant minimal de souscription à l'option. Ainsi, le montant de l'option pourrait se situer entre 500 \$ et 1 500 \$ par mois.

Lorsque l'assuré exerce une option de majoration de la protection, il en découle une augmentation des primes payables. Celles-ci sont ajustées en fonction du montant de la prestation, de l'âge de l'assuré au moment de la demande de majoration et des tarifs en vigueur à ce moment-là. Autrement dit, cette option garantit un « droit » à l'assuré, soit celui d'augmenter sa rente d'invalidité mensuelle sans fournir de preuve d'assurabilité.

Lorsque l'assuré se prévaut de la garantie, le montant utilisé sera réduit du montant de garantie initial souscrit.

Exemple

Normand détient un contrat d'assurance invalidité dont la rente mensuelle de 2 000 \$ lui coûte 956,31 \$ par année. Il a aussi souscrit une option d'assurabilité future de 1 000 \$. Ses revenus d'emploi ayant augmenté, il désire maintenant majorer sa protection de 250 \$ par mois.

Le taux de prime de Normand, en tenant compte de son âge et de sa catégorie professionnelle, est de 73,12 \$ par tranche de 100 \$ de rente mensuelle additionnelle. Lorsque Normand procédera à la majoration de sa protection, il verra ses primes augmenter de 182,80 \$ ($73,12 \$ \times 2,5$) par année. Enfin, son option sera réduite du montant additionnel appliqué à sa protection. L'option résiduelle sera donc de 750 \$ ($1\,000 \$ - 250 \$$).

L'option en assurance collective

Il arrive que l'option d'assurabilité future soit comprise dans un contrat d'assurance collective lorsque l'assuré cesse d'être couvert par l'assurance invalidité de longue durée en vertu d'un contrat d'assurance collective. Dans cette situation, l'option doit être souscrite à l'intérieur d'un certain nombre de jours – par exemple 91 jours – suivant l'arrêt de la couverture et ne peut être appliquée qu'à une seule reprise. La majoration de la prestation est égale au moindre des deux montants suivants :

- le montant de la rente d'invalidité de longue durée ;
- la totalité ou une partie des sommes optionnelles qui n'ont pas été utilisées.

4.3. La prolongation de la période de profession habituelle jusqu'à 65 ans

L'option de prolongation de la période de profession habituelle peut s'avérer très intéressante pour l'assuré. En effet, la plupart des contrats d'assurance invalidité prévoient une période de prestations pendant laquelle l'assuré est incapable d'exercer sa profession habituelle. Cette période est généralement équivalente à deux ans. Par la suite, la poursuite du versement de la rente dépend de la capacité de l'assuré d'occuper un emploi, quel qu'il soit, compte tenu de sa formation et de son expérience.

La définition de l'invalidité

La définition usuelle de l'invalidité permet à l'assureur de mettre un terme aux prestations après 24 mois dans le cas où l'assuré est en mesure d'exercer un autre travail que celui qui était le sien avant l'invalidité, et ce, même si l'assuré n'arrive pas à trouver un emploi dans un domaine d'expertise parallèle.

La prolongation de la période de profession habituelle permet d'élargir la définition d'invalidité. Grâce à cette option, l'assuré peut augmenter la durée de la période prédéterminée, qui est généralement de deux ans, liée à la définition d'invalidité totale du contrat. En effet, l'assuré pourrait, par exemple, augmenter la période prévue dans la définition d'invalidité totale à cinq ans ou, encore, jusqu'au moment où il aura 65 ans. L'assuré est donc considéré comme totalement invalide lorsque, à la suite d'un accident ou d'une maladie, il respecte l'ensemble des conditions suivantes :

- il est incapable d'accomplir les tâches importantes de sa profession habituelle;
- il reçoit des soins appropriés d'un médecin;
- il n'exerce aucune autre activité rémunératrice.

Propre profession

Dans les contrats qui offrent par défaut la prolongation de la période de profession habituelle jusqu'à 65 ans, il arrive couramment que la garantie optionnelle de propre profession soit offerte.

Dans certains cas, la garantie de propre profession est incluse d'office. La classe professionnelle 4A, incluant des professions comme celles de médecin, notaire et avocat, donne accès à la protection optionnelle sans déboursé additionnel. La prime établie tient compte de cette garantie.

4.4. L'invalidité partielle ou résiduelle

4.4.1. L'invalidité partielle

La garantie d'invalidité partielle vise à protéger l'individu qui perd une partie de son revenu en raison d'une incapacité à occuper pleinement son emploi à cause d'une invalidité. Cette garantie peut faire partie intégrante de la protection de base d'un assuré, mais peut également être souscrite à titre optionnel.

L'invalidité partielle peut être couverte à la suite d'une invalidité totale, mais peut également être couverte sans qu'il y ait eu période d'invalidité totale. La garantie d'invalidité partielle est appliquée à la condition que l'assuré ne soit pas en mesure de remplir 50 %, ou plus, de ses fonctions, ou qu'il soit incapable de consacrer à son travail 50 %, ou plus, du temps qu'il lui consacre normalement. L'option d'invalidité partielle est très utile dans le cas où un assuré doit effectuer un retour au travail progressif après un accident ou une maladie.

L'option d'invalidité partielle permet d'assurer la transition entre l'invalidité et un retour au travail à plein temps. La garantie n'est pas offerte à titre de protection de longue durée. Les périodes de prestation offertes par les assureurs varient généralement de 6 à 24 mois. Dans le cas d'une indemnisation de 24 mois, l'assuré peut se voir verser 50 % du montant de sa prestation d'invalidité de base au cours de la première année, puis 25 % l'année suivante.

Il est important de mentionner que certaines classes d'assurés peuvent avoir accès à des prestations d'invalidité partielle couvrant l'ensemble de leur période de prestations. Dans ce cas, la protection peut reposer sur différentes modalités d'indemnisation :

- 50 % de la prestation durant les deux premières années d'invalidité partielle et 25 % pour le reste de la période d'indemnisation; ou
- 50 % de la rente au cours de la première année de couverture, 40 % au cours de la deuxième année, 30 % au cours de la troisième année et, enfin, 25 % pour le reste de la période de prestations.

4.4.2. L'invalidité résiduelle

Comme dans le cas de l'option d'invalidité partielle, l'option d'invalidité résiduelle peut faire partie des composantes de base d'un contrat d'assurance invalidité, mais elle peut également être souscrite à titre d'option. À la différence de l'invalidité partielle, l'invalidité résiduelle n'est pas liée à la perte de revenu causée par une diminution du temps de travail, mais uniquement à la perte de revenu causée par l'invalidité. Par exemple, un

individu peut retourner au travail à mi-temps, selon les recommandations du médecin, mais subir une perte de revenu de l'ordre de 70 %.

Afin d'avoir accès aux prestations d'invalidité résiduelle, l'assuré doit généralement subir une perte de revenu représentant entre 20 % et 80 % de son revenu régulier. Au-delà de ce dernier pourcentage, l'invalidité est habituellement considérée comme totale. L'assuré doit également avoir satisfait au délai de carence prescrit dans le cas où l'invalidité résiduelle ne survient pas à la suite d'une invalidité totale. Par exemple, le délai de carence pour l'invalidité totale pourrait être de 30 jours, et le délai d'admissibilité à l'invalidité résiduelle pourrait être de 90 jours.

Le calcul de la prestation d'invalidité résiduelle est fondé sur l'écart entre le revenu de l'assuré avant son invalidité et celui qu'il gagne pendant celle-ci. L'assureur doit donc établir le revenu « préinvalidité » de l'assuré. Il convient de mentionner que ce revenu peut faire l'objet d'une indexation, selon la police souscrite. La perte de revenu est ensuite déterminée. Le pourcentage de perte est appliqué à la prestation d'invalidité totale de l'assuré afin d'établir le montant de la prestation résiduelle auquel il a droit. Il faut ici ajouter que la majorité des assureurs prévoient un versement minimal, représentant 50 % de la rente d'invalidité, au cours des 6 premiers mois de couverture, même lorsque le pourcentage de perte de revenu constaté se situe entre 20 % et 50 %.

4.5. L'anticipation du paiement des prestations

L'option d'anticipation du paiement des prestations permet à l'assuré de réduire la durée du délai de carence prévu au contrat en cas d'accident ou d'hospitalisation à la suite d'une maladie. Cette option, bien que rarement offerte, peut même réduire la période d'attente à un jour, ou l'éliminer complètement.

En cas d'accident

L'option d'anticipation du paiement des prestations en cas d'accident permet à l'assuré d'être indemnisé dès le premier jour d'une invalidité causée par une blessure. L'option peut comporter diverses limites pour certaines catégories d'assurés. Les traitements médicaux, les interventions dentaires et les chirurgies peuvent être exclus de la protection dans le cas d'une blessure survenue sur les lieux du travail de l'assuré ou dans le cas où l'invalidité découle d'une foulure, d'une entorse ou d'une contusion. Lorsque des restrictions sont appliquées à l'option, le taux de prime est inférieur à celui d'une couverture en toutes circonstances.

En cas d'hospitalisation

L'option d'anticipation du paiement des prestations en cas d'hospitalisation permet à l'assuré d'être indemnisé rétroactivement, l'indemnisation étant considérée comme payable à partir du premier jour d'une hospitalisation. Il faut toutefois mentionner que la garantie n'est valide qu'après un certain nombre d'heures d'hospitalisation. Le délai est spécifié au contrat. Il se situe généralement aux alentours de 72 heures. Si l'assuré est hospitalisé quelques heures seulement, par exemple, 5 heures, l'option n'est pas applicable. Ce délai vise à réduire le nombre de réclamations pour des interventions mineures.

Afin de bénéficier des avantages de l'option, l'assuré doit satisfaire à la définition d'invalidité totale contenue dans la police. De plus, le contrat doit prévoir une protection comportant un délai de carence de 90 jours ou moins.

4.6. La garantie en cas d'hospitalisation

La garantie en cas d'hospitalisation offre une protection supplémentaire à l'assuré qui est hospitalisé 24 heures consécutives à la suite d'une blessure ou d'une maladie.

Les frais couverts

La protection permet de couvrir divers frais connexes à l'hospitalisation comme :

- les frais d'occupation d'une chambre privée;
- les frais de garde des enfants;
- les frais de déplacement de la famille.

L'indemnité quotidienne

Le montant de l'indemnité quotidienne peut varier selon le contrat souscrit. Il se situe généralement entre 25 \$ et 200 \$. L'indemnité peut être quintuplée durant un certain temps dans le cas où l'assuré est maintenu aux soins intensifs. Il est important de mentionner que l'option comprend un plafond de prestation tenant compte des sommes pouvant être versées par une autre assurance hospitalisation (400 \$/jour, par exemple) et un maximum de jours de couverture par hospitalisation (120 jours, par exemple). L'option comporte certaines restrictions relatives à la grossesse, à l'accouchement et aux affections préexistantes. Il convient d'en prendre connaissance au moment de la souscription à la garantie.

4.7. La garantie en cas de décès accidentel ou de mutilation accidentelle

En cas de décès accidentel

La garantie en cas de mort accidentelle prévoit le paiement d'un montant forfaitaire à la succession ou aux bénéficiaires de l'assuré advenant son décès à la suite d'un accident. Ce montant est généralement établi sur la base de l'indemnité d'invalidité mensuelle de l'assuré. Généralement, un montant de 10 000 \$ par tranche de 100 \$ de prestation d'invalidité mensuelle est calculé. La somme globale remise en vertu de la garantie ne doit toutefois pas excéder les limites d'établissement et de participation définies au contrat. Pour que le décès soit considéré comme accidentel, il faut qu'il survienne au cours d'une période prédéterminée de 90, 180 ou 365 jours à compter de la date de l'accident qui l'a causé.

En cas de mutilation accidentelle

La garantie en cas de mutilation accidentelle permet d'indemniser un individu privé de l'usage de certaines facultés ou de certains membres à la suite d'un accident. Pour certains assureurs, la mutilation signifie la perte de l'usage d'un membre et, pour d'autres, ce terme désigne la séparation complète d'au moins un membre ou la perte, complète ou partielle, de la vue ou de l'ouïe.

Cette protection peut s'avérer très utile étant donné les coûts importants que peut entraîner la perte de certains membres. L'indemnité versée dépend bien sûr de la protection de l'assuré mais, également, de la mutilation résultant de l'accident. Selon la nature de la mutilation, une fraction ou la totalité de l'indemnité maximale est versée. Il est important de mentionner que l'option est généralement applicable à la condition que la perte de facultés ou de membres survienne à l'intérieur d'un certain délai après l'accident (90 jours, par exemple).

Tout comme dans le cas de la protection en cas de décès accidentel, le montant de l'indemnité versée en cas de mutilation ne doit pas excéder les limites de souscription et de participation établies dans la police.

Les exclusions

La protection en cas de décès accidentel ou de mutilation accidentelle comporte diverses exclusions liées à la cause du décès ou de la mutilation (suicide ou tentative de suicide, saut en parachute). Les exclusions sont toutes stipulées au contrat.

4.8. La rente viagère en cas d'accident ou de maladie

L'option de rente viagère en cas d'accident ou de maladie vise à prolonger la période d'indemnisation au-delà de l'âge de 65 ans, date à laquelle le contrat prend normalement fin. Elle est généralement offerte aux assurés ayant une protection de base jusqu'à 65 ans et peut exclure certaines classes d'assurés. Cette option permet à un assuré victime d'une invalidité avant l'âge de 65 ans d'obtenir des prestations jusqu'à la date de son décès.

4.9. La protection épargne-retraite

La protection épargne-retraite vise à protéger l'assuré contre une éventuelle incapacité à continuer d'accumuler des sommes dans son régime enregistré d'épargne-retraite (REER) à la suite d'une invalidité. Cette option assure le versement d'une rente dans un compte en fiducie permettant à l'assuré de retirer un revenu à partir de l'âge de 65 ans ou à sa retraite, selon la première éventualité qui se réalise. Si l'assuré décède avant l'âge de 65 ans, les montants versés au compte cessent d'être immobilisés au moment du décès.

L'application de la protection

L'option de protection épargne-retraite est applicable à la condition que l'assuré soit totalement invalide et qu'il n'occupe aucun emploi rémunérateur à la suite de l'invalidité. Le délai de carence affectant l'option est généralement de 90 jours, mais il peut être plus long, selon la protection souscrite.

Le montant et la période de la protection

Le montant de la rente versée au compte d'épargne se situe habituellement entre 100 \$ et 1 500 \$. Le montant n'excède toutefois pas 20 % du revenu gagné par l'assuré avant l'invalidité. Il est important de souligner que ces montants ne sont pas versés à l'assuré, mais déposés dans un compte en fiducie.

La garantie épargne-retraite s'applique sur une période de temps prévue au contrat. Elle peut se terminer avec l'expiration de la protection, mais elle peut également couvrir une période inférieure à la durée de la protection en cas d'invalidité. Si on suppose que l'assurance invalidité couvre une période de 60 mois, l'option pourrait être de 60 mois, mais elle pourrait également être d'une durée plus courte, de 24 mois, par exemple. Dans ce dernier cas, l'assuré recevrait des prestations d'invalidité pendant toute sa période de prestations, mais les versements au fonds d'épargne ne seraient effectués que pendant 24 mois.

4.10. La garantie de remboursement des primes

L'option de remboursement des primes permet à un assuré de récupérer la totalité ou une partie des primes payées à l'assureur en vertu de son contrat d'assurance invalidité.

Les modalités d'application

Le remboursement des primes est applicable lorsque l'assuré n'a pas présenté de réclamation pendant une période de référence prévue au contrat, huit ans, par exemple.

Cette garantie peut également être appliquée lorsque les réclamations effectuées au cours de la période de référence n'excèdent pas 20 % des primes payées. Dans cette dernière situation, les montants versés à l'assuré sont déduits du remboursement des primes. Le pourcentage des primes correspondant au montant maximal de réclamation peut sensiblement varier, selon la police souscrite. Il convient donc de bien prendre connaissance des modalités d'application de l'option.

4.11. L'avenant pour professionnels de la santé

L'avenant pour professionnels de la santé vise à protéger les assurés qui pourraient ne plus être en mesure d'occuper leur emploi en raison d'une affection comme le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C. Les professionnels de la santé, en raison de leurs fonctions, ont davantage de probabilités de contracter ces types de maladie. Afin d'éviter la propagation de ces affections, on peut leur interdire d'exercer leur profession.

La définition de la maladie

L'avenant pour professionnels de la santé assouplit la définition de maladie de façon à inclure l'affection qui pourrait, en raison de l'état qu'elle provoque :

- empêcher la personne d'exercer ses fonctions ou d'accomplir les tâches importantes de sa profession ;
- provoquer, chez les patients, un refus de traitement par la personne atteinte en raison de son état, dans le cas où, conformément à une loi ou à une directive d'application générale établie par un organisme de réglementation professionnelle du secteur de la santé ou de délivrance des permis du corps médical, elle est tenue de faire part de son état de santé à ses patients.

Les professions visées

Il arrive que la garantie soit incluse dans la protection de base des professionnels de la santé, mais elle peut également être souscrite à titre d'option. L'option cible les professions suivantes :

- médecin ;
- dentiste ;
- podologue et podiatre ;
- technicien de laboratoire ;
- hygiéniste et assistant dentaire ;
- infirmier autorisé ;
- infirmier auxiliaire ;
- personnel paramédical ;
- technicien médical d'urgence ;
- acuponcteur.

Rappel

Voici les notions importantes à retenir de ce chapitre.

- Les garanties optionnelles en assurance invalidité permettent à l'assuré de personnaliser sa protection de base afin qu'elle corresponde pleinement à ses besoins. Certaines garanties diffèrent, selon le contrat souscrit, alors que d'autres sont réservées à certaines classes professionnelles. Pour se prévaloir des avantages d'une garantie complémentaire, l'assuré doit payer une prime supplémentaire.
- La garantie d'indexation selon le coût de la vie vise à protéger, par une majoration de la prestation, le pouvoir d'achat de l'assuré contre les effets de l'inflation. Il existe deux méthodes d'indexation : l'indexation selon l'indice des prix à la consommation (IPC) et l'indexation à taux fixe.
- La garantie d'assurabilité future offre la possibilité d'une majoration future de la protection d'invalidité de l'assuré sans preuve d'assurabilité au regard de sa santé ou de sa profession.
- La prolongation de la période de profession habituelle permet d'élargir la définition d'invalidité. Elle permet à l'assuré d'augmenter la durée de la période prédéterminée (généralement de deux ans) liée à la définition d'invalidité totale du contrat.
- La garantie d'invalidité partielle vise à protéger l'assuré qui, à cause d'une invalidité, ne peut occuper son emploi à temps plein.
- La garantie d'invalidité résiduelle vise à protéger l'assuré contre la perte de revenu causée par l'invalidité dans le cadre de l'exercice de ses fonctions.
- L'option d'anticipation du paiement des prestations permet à l'assuré de réduire la durée du délai de carence prévu au contrat en cas d'accident ou d'hospitalisation à la suite d'une maladie.
- La garantie en cas d'hospitalisation offre une protection supplémentaire à l'assuré hospitalisé pendant au moins 24 heures consécutives à la suite d'une blessure ou d'une maladie. Elle permet de couvrir divers frais connexes à l'hospitalisation.
- La garantie en cas de décès accidentel prévoit le paiement d'un montant forfaitaire à la succession ou aux bénéficiaires de l'assuré advenant le décès de ce dernier à la suite d'un accident.
- La garantie en cas de mutilation accidentelle prévoit l'indemnisation d'un individu privé de l'usage de certaines facultés ou de certains membres à la suite d'un accident.
- L'option de rente viagère en cas d'accident ou de maladie vise à prolonger la période d'indemnisation de l'assuré après qu'il a atteint l'âge de 65 ans.

- La protection épargne-retraite assure le versement d'une rente dans un compte en fiducie permettant à l'assuré de retirer un revenu au moment de sa retraite.
- L'option de remboursement des primes permet à un assuré de récupérer la totalité ou une partie des primes payées à l'assureur en vertu de son contrat d'assurance invalidité.
- L'avenant pour professionnels de la santé vise à protéger les assurés qui pourraient ne plus être en mesure d'occuper leur emploi en raison d'une affection comme le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C.

Il est suggéré de répondre aux questions de l'exercice d'autoévaluation qui suit, afin de bien avoir à l'esprit les notions traitées dans le chapitre 4.

Puis, il est possible de vérifier vos réponses en consultant le corrigé de l'exercice d'autoévaluation qui se trouve à la fin de ce chapitre.

Exercice d'autoévaluation

Répondez aux questions de l'exercice d'autoévaluation. Les questions qui suivent ont pour but de vous faire réviser les sujets traités dans le chapitre. Pour chacune des questions, encerclez la bonne réponse.

Répondez aux questions 1 et 2 en vous référant à la mise en situation suivante.

Il y a 2 ans, Béatrice a souscrit une option d'assurabilité future de 1 500 \$ dans le cadre de son contrat d'assurance invalidité. Aujourd'hui, ses revenus d'emploi lui donnent droit à une majoration de la protection mensuelle de 300 \$. Compte tenu de l'âge et de la classe d'assurés de Béatrice, son taux de prime est établi à 68,56 \$ par tranche de 100 \$ d'indemnité.

Question 1

Lorsque Béatrice se prévaudra de son option, à quel montant correspondra l'augmentation de sa prime annuelle ?

- a) 205,68 \$
- b) 300,00 \$
- c) 1 028,40 \$
- d) 68,56 \$

Question 2

Quel montant correspondra à l'option résiduelle si Béatrice opte, par la suite, pour la pleine majoration ?

- a) 1 294,32 \$
- b) 1 200,00 \$
- c) 1 400,00 \$
- d) 1 431,44 \$

Question 3

Robert a souscrit un contrat d'assurance invalidité comprenant une option de 150 000 \$ en cas de mort ou de mutilation accidentelle. La garantie établit une limite de participation de 200 000 \$. Robert détient également une assurance vie comportant une protection en cas de mort ou de mutilation accidentelle équivalant à 100 000 \$. Alors qu'il tente de réparer de la machinerie lourde, Robert est victime d'un accident à la suite duquel il perd une main. En vertu de ses deux contrats, la perte de ce membre lui donne droit à 50 % de l'indemnité prévue en cas de mort ou de mutilation accidentelle.

Quel montant Robert sera-t-il en mesure d'obtenir en vertu des protections souscrites ?

- a) 150 000 \$ en vertu de son contrat d'assurance invalidité et 50 000 \$ en vertu de son contrat d'assurance vie.
- b) 75 000 \$ en vertu de son contrat d'assurance invalidité et 50 000 \$ en vertu de son contrat d'assurance vie.
- c) 100 000 \$ en vertu de son contrat d'assurance invalidité et 100 000 \$ en vertu de son contrat d'assurance vie.
- d) 25 000 \$ en vertu de son contrat d'assurance invalidité et 50 000 \$ en vertu de son contrat d'assurance vie.

Question 4

Sharon a souscrit un contrat d'assurance invalidité comprenant une option d'indexation de la prestation selon l'indice des prix à la consommation (IPC). L'indexation se fait sur une base annuelle et comporte un taux plafond de 5 %. En raison d'une invalidité, Sharon touche une prestation mensuelle initiale de 2 400 \$.

Dans le cas où l'IPC a été établi à 7 % lors du premier anniversaire de l'assurance de Sharon et à 4 % l'année suivante, quel sera le montant de la prestation mensuelle que recevra Sharon à partir du deuxième anniversaire de l'assurance ?

- a) 2 520,00 \$
- b) 2 620,80 \$
- c) 2 616,00 \$
- d) 2 670,72 \$

Répondez aux questions 5 et 6 en vous référant à la mise en situation suivante.

Bernard détient un contrat d'assurance invalidité comprenant une option d'invalidité résiduelle. Le délai de carence en cas d'invalidité totale est de 30 jours, et de 90 jours en cas d'invalidité résiduelle. Les prestations mensuelles d'invalidité de Bernard sont établies à 2 000 \$. Grâce à son travail de menuisier, Bernard touche un revenu de 5 000 \$ par mois. À la suite d'un accident mineur, Bernard est affecté d'un problème au genou ne lui permettant plus de travailler debout aussi longtemps qu'avant. Ses revenus de travail mensuels ne sont plus que de 1 500 \$.

Question 5

Quel montant de prestation mensuelle Bernard obtiendra-t-il en vertu de l'option d'invalidité résiduelle souscrite ?

- a) 1 500 \$
- b) 2 000 \$
- c) 1 400 \$
- d) 3 000 \$

Question 6

Quel revenu total supplémentaire Bernard a-t-il cumulé au cours de sa première année d'invalidité du fait qu'il est en état d'invalidité résiduelle plutôt qu'en état d'invalidité totale ?

- a) Bernard a gagné 9 500 \$ de plus que s'il avait été en état d'invalidité totale au cours de la première année de son invalidité.
- b) Bernard a accusé une perte de 9 400 \$.
- c) Bernard a gagné 8 600 \$ de plus que s'il avait été en état d'invalidité totale au cours de la première année de son invalidité.
- d) Bernard a gagné 4 100 \$ de plus que s'il avait été en état d'invalidité totale au cours de la première année de son invalidité.

Question 7

L'option d'assurabilité future permet de majorer la rente d'invalidité de l'assuré. Le montant additionnel total pouvant être souscrit dépend essentiellement de trois facteurs. Quels sont-ils ?

- a) Les revenus de l'assuré et les règles de tarification en vigueur au moment de la souscription de la garantie, le montant total d'assurance invalidité de l'assuré.
- b) Les revenus de l'assuré, l'état de santé de l'assuré, les règles de tarification en vigueur au moment de la souscription de la garantie.
- c) Les revenus de l'assuré, l'historique des réclamations de l'assuré, les règles de tarification en vigueur au moment de la souscription de la garantie.
- d) Les revenus de l'assuré, le montant total d'assurance invalidité de l'assuré, l'historique des réclamations de l'assuré.

Corrigé de l'exercice d'autoévaluation

Réponse 1

Lorsque Béatrice se prévaudra de son option, à quel montant correspondra l'augmentation de sa prime annuelle ?

- a) 205,68 \$
- b) 300,00 \$
- c) 1 028,40 \$
- d) 68,56 \$

Justification : Le taux de prime de 68,56 \$, multiplié par la majoration de 300 \$ et divisé par 100 \$.

Réponse 2

Quel montant correspondra à l'option résiduelle si Béatrice opte, par la suite, pour la pleine majoration ?

- a) 1 294,32 \$
- b) 1 200,00 \$
- c) 1 400,00 \$
- d) 1 431,44 \$

Justification : 1 500 \$ – 300 \$, soit le montant de l'option moins la majoration.

Réponse 3

Quel montant Robert sera-t-il en mesure d'obtenir en vertu des protections souscrites ?

- a) 150 000 \$ en vertu de son contrat d'assurance invalidité et 50 000 \$ en vertu de son contrat d'assurance vie.
- b) 75 000 \$ en vertu de son contrat d'assurance invalidité et 50 000 \$ en vertu de son contrat d'assurance vie.
- c) 100 000 \$ en vertu de son contrat d'assurance invalidité et 100 000 \$ en vertu de son contrat d'assurance vie.
- d) 25 000 \$ en vertu de son contrat d'assurance invalidité et 50 000 \$ en vertu de son contrat d'assurance vie.

Justification : La perte d'usage d'un membre lui procure 50 % de chacune des protections qu'il détient en cas de mutilation accidentelle.

Réponse 4

Dans le cas où l'IPC a été établi à 7 % lors du premier anniversaire de l'assurance de Sharon et à 4 % l'année suivante, quel sera le montant de la prestation mensuelle que recevra Sharon à partir du deuxième anniversaire de l'assurance ?

- a) 2 520,00 \$
- b) 2 620,80 \$**
- c) 2 616,00 \$
- d) 2 670,72 \$

Justification : La prestation de base est ajustée en fonction de l'IPC, mais la majoration doit respecter le taux d'indexation plafond.

$$2\,400 \$ \times 1,05 \text{ (pour la 1}^{\text{re}} \text{ année)} \times 1,04 \text{ (pour la 2}^{\text{e}} \text{ année)} = 2\,620,80 \$.$$

Réponse 5

Quel montant de prestation mensuelle Bernard obtiendra-t-il en vertu de l'option d'invalidité résiduelle souscrite ?

- a) 1 500 \$
- b) 2 000 \$
- c) 1 400 \$**
- d) 3 000 \$

Justification : Le pourcentage de perte de revenu est appliqué à la prestation d'invalidité totale prévue au contrat.

$$\text{Perte : } 5\,000 \$ - 1\,500 \$ = 3\,500 \$$$

$$3\,500 \$ \div 5\,000 \$ = 0,70$$

$$\text{Prestation : } 2\,000 \$ \times 0,70 = 1\,400 \$$$

Réponse 6

Quel revenu total supplémentaire Bernard a-t-il cumulé au cours de sa première année d'invalidité du fait qu'il est en état d'invalidité résiduelle plutôt qu'en état d'invalidité totale ?

- a) Bernard a gagné 9 500 \$ de plus que s'il avait été en état d'invalidité totale au cours de la première année de son invalidité.
- b) Bernard a accusé une perte de 9 400 \$.
- c) **Bernard a gagné 8 600 \$ de plus que s'il avait été en état d'invalidité totale au cours de la première année de son invalidité.**
- d) Bernard a gagné 4 100 \$ de plus que s'il avait été en état d'invalidité totale au cours de la première année de son invalidité.

Justification : Revenu en cas d'invalidité partielle : $(1\,500 \$ \times 12 \text{ mois}) + (1\,400 \$ \times 9 \text{ mois en raison du délai de carence de 90 jours}) = 30\,600 \$$

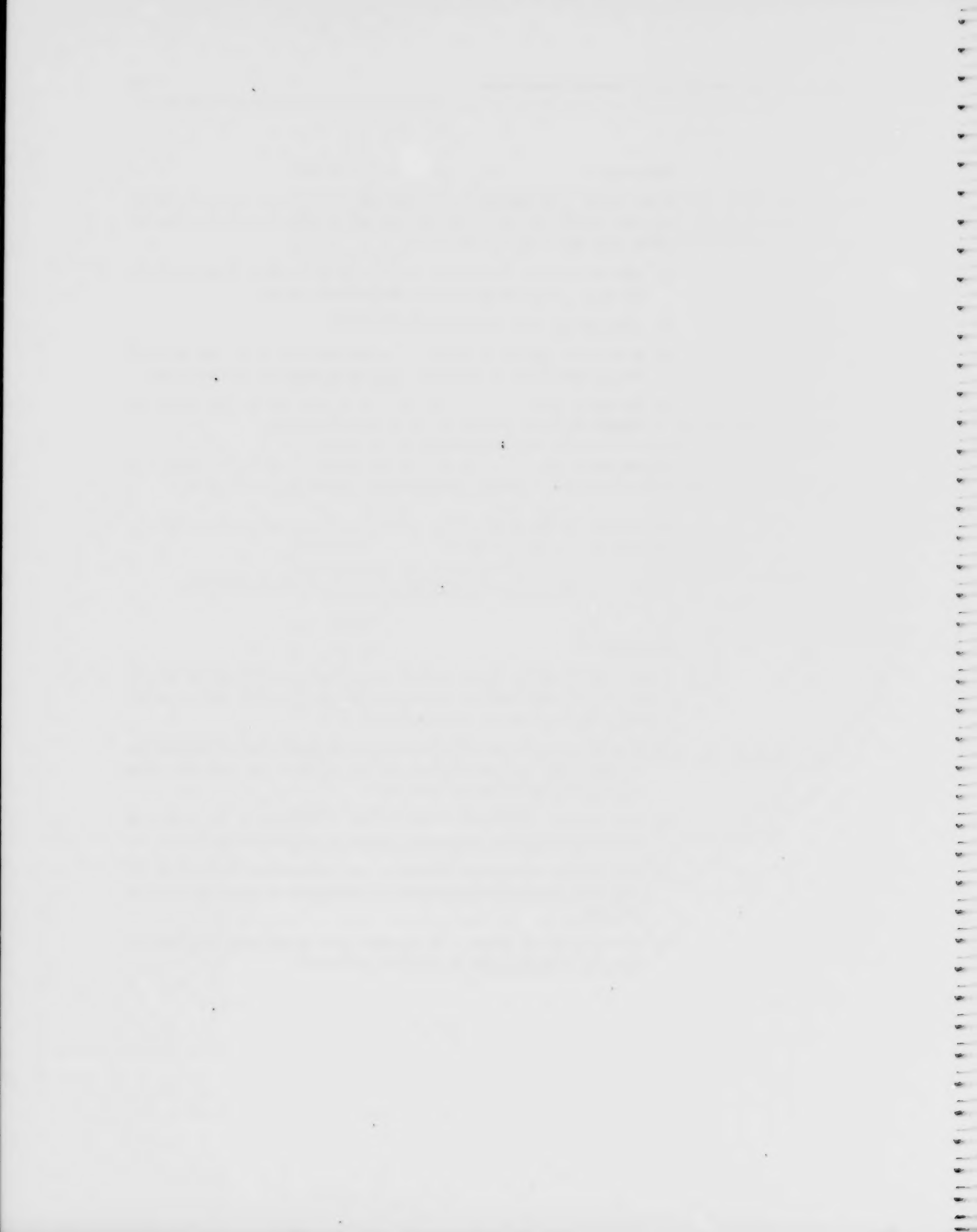
Revenu en cas d'invalidité totale : $2\,000 \$ \times 11 \text{ mois en raison du délai de carence de 30 jours} = 22\,000 \$$

Revenu total supplémentaire cumulé : $30\,600 \$ - 22\,000 \$ = 8\,600 \$$

Réponse 7

L'option d'assurabilité future permet de majorer la rente d'invalidité de l'assuré. Le montant additionnel total pouvant être souscrit dépend essentiellement de trois facteurs. Quels sont-ils ?

- a) **Les revenus de l'assuré et les règles de tarification en vigueur au moment de la souscription de la garantie, le montant total d'assurance invalidité de l'assuré.**
- b) Les revenus de l'assuré, l'état de santé de l'assuré, les règles de tarification en vigueur au moment de la souscription de la garantie.
- c) Les revenus de l'assuré, l'historique des réclamations de l'assuré, les règles de tarification en vigueur au moment de la souscription de la garantie.
- d) Les revenus de l'assuré, le montant total d'assurance invalidité de l'assuré, l'historique des réclamations de l'assuré.



Retour sur les apprentissages

Cette activité d'objectivation vous permettra d'évaluer vos points forts et vos points faibles quant au développement des sous-éléments de compétence visés par ce chapitre. Vous pourrez tirer profit de cette expérience d'apprentissage en vous fixant de nouvelles stratégies pour les atteindre.

Répondez aux questions du tableau à l'aide de l'échelle suivante :



Chapitre 4

Les garanties optionnelles de l'assurance invalidité individuelle

Est-ce que je maîtrise les notions et les compétences qui me permettraient :				
De reconnaître les différentes garanties optionnelles de l'assurance invalidité ?	1	2	3	4
De distinguer les modalités d'application des différentes garanties optionnelles de l'assurance invalidité ?	1	2	3	4

Estimez-vous maîtriser tous ces sous-éléments de compétence ? Si oui, félicitations ! Vous êtes maintenant en mesure de poursuivre avec le prochain chapitre.

Si vous en doutez, il est recommandé de revoir les sections traitant des sous-éléments de compétence non maîtrisés. Vous devriez revoir les notions qui vous permettront d'améliorer votre maîtrise de chaque sous-élément de compétence. N'oubliez pas de mettre à jour votre plan d'étude !

Lorsque vous serez satisfait de votre compréhension, passez au chapitre suivant.

Chapitre 5

Les contrats d'assurance invalidité d'entreprise

Élément de la compétence

- Distinguer les caractéristiques des différents types de contrats d'assurance invalidité d'entreprise.

Sous-éléments de la compétence

- Distinguer les caractéristiques spécifiques des contrats d'assurance invalidité d'entreprise;
- Discerner les différentes clauses comprises dans les contrats d'assurance invalidité d'entreprise.

Contenu

- La protection frais généraux;
- La protection rachat de parts;
- La protection personne clé.

Activités d'apprentissage

- Lecture;
- Exercice d'autoévaluation;
- Corrigé de l'exercice d'autoévaluation.

5. Les contrats d'assurance invalidité d'entreprise

Le présent chapitre donne un aperçu général des différentes protections offertes aux entreprises.

La première section traite des caractéristiques et des garanties de la protection couvrant les frais généraux des professionnels et des entreprises.

La deuxième section présente les caractéristiques de la protection de rachat de parts en cas d'invalidité d'un associé. Différentes options sont à considérer afin d'obtenir les capitaux nécessaires au rachat des parts.

La troisième section dresse un portrait sommaire de la protection de la personne clé dans une entreprise. Cette personne doit satisfaire à certains critères d'admissibilité pour avoir droit à ce type de produit.

5.1. La protection frais généraux

La protection frais généraux permet de rembourser les frais courants engagés par l'entreprise afin de maintenir les services essentiels dans l'éventualité d'une invalidité du propriétaire. Cette assurance est particulièrement utile pour les bureaux de professionnels ou les petites entreprises où le propriétaire est l'unique ou le principal décideur. Comme il est l'interlocuteur le plus important dans les relations avec les clients, son invalidité peut grandement affecter la rentabilité de l'entreprise. Afin de prévenir une fermeture éventuelle, il est donc primordial qu'il soit adéquatement protégé en cas d'invalidité.

La protection frais généraux couvre les dépenses courantes liées au bon fonctionnement du bureau ou de l'entreprise, jusqu'à concurrence d'un montant maximal prédéterminé.

Afin de favoriser une meilleure compréhension de la protection frais généraux, la présente section sera divisée en quatre parties :

- le marché cible;
- les dépenses couvertes;
- les caractéristiques spécifiques;
- les garanties optionnelles.

5.1.1. Le marché cible

La protection frais généraux cible généralement :

- les professionnels à leur compte : médecins, dentistes, notaires, avocats, etc.;
- les propriétaires uniques d'une entreprise de services professionnels, comme des services de consultation, d'orientation ou de formation;
- les propriétaires d'une petite et moyenne entreprise (PME) : les entreprises œuvrant dans le domaine des services techniques, de la fabrication, de la vente, de la construction, etc.;
- les associés et les actionnaires d'une entreprise, soit des groupe de personnes qui s'associent pour mettre en commun leur expertise dans un domaine particulier, comme celui des services professionnels ou techniques;
- certains travailleurs autonomes, soit des personnes qui travaillent à leur compte : les représentants ou les conseillers offrant des services à la clientèle dans des secteurs comme les produits financiers et l'immobilier.

En somme, cette protection cible les individus qui exploitent des entreprises dont les dépenses doivent continuer d'être assumées en cas d'invalidité.

5.1.1.1. Les catégories professionnelles

En ce qui a trait aux catégories d'emplois, les professionnels visés sont habituellement intégrés aux classes 4A ou 3A. Il s'agit, par exemple, des architectes, des avocats, des comptables, des chiropraticiens, des dentistes, des ingénieurs, des notaires, des optométristes, des podiatres, des podologues, des psychiatres, des psychologues et des vétérinaires.

La classification est plus large lorsqu'il s'agit des propriétaires de PME. En effet, ceux-ci peuvent être classés dans différentes catégories selon les tâches et les responsabilités qu'ils assument dans le cadre de leurs fonctions au sein de l'organisation.

Le tableau 5.1 présente les types d'emplois regroupés par catégorie professionnelle.

Tableau 5.1 Types d'emplois regroupés par catégorie professionnelle

Classe 4A	Les professions libérales qui comportent le moins de risque : avocat, dentiste, ingénieur, médecin, etc.
Classe 3A	Le travail de bureau et les activités professionnelles les moins dangereuses : enseignant, hygiéniste dentaire, programmeur, secrétaire, etc.
Classe 2A	Les professions sans danger comportant certaines tâches physiques : contremaître, décorateur, vendeur, etc.
Classe A	Le travail manuel spécialisé ou semi-spécialisé dans les secteurs comportant peu de danger : électricien, plombier, tapissier, vitrier, etc.

5.1.1.2. La qualification

Afin d'être admissible à cette protection, l'individu ciblé doit travailler à temps complet pour l'organisation. Dans le cas des propriétaires de PME, il doit être démontré que leurs compétences et leur apport au fonctionnement de l'entreprise sont essentiels à la survie de l'entreprise et à son développement. Les frais courants de l'entreprise deviendront la base de calcul du montant d'indemnisation dans l'éventualité d'une invalidité de l'assuré.

Exemple

En transportant une pièce de bois, M. Gingras, le propriétaire d'une entreprise de fabrication de meubles de style antique, est tombé et s'est gravement blessé au genou. Il doit s'absenter de son travail pendant plusieurs semaines. Puisqu'il est le principal artisan de l'entreprise, son employé ne pourra pas exécuter toutes les tâches liées à la fabrication des meubles. Les commandes ne pourront donc pas être remplies pendant la période d'invalidité de M. Gingras. Or il devra continuer à assumer les frais liés à son entreprise. Une protection frais généraux d'entreprise lui permettra de rembourser les frais courants durant son invalidité.

5.1.1.3. Les critères d'admissibilité

Généralement, le nombre d'employés admissibles d'une entreprise est limité à trois ou quatre. Afin de pouvoir souscrire à la protection, l'organisation ciblée doit avoir cumulé un certain nombre de mois de fonctionnement; en effet, il faut être en mesure de déterminer le montant des frais d'exploitation. La période de fonctionnement exigée est généralement de 12 à 24 mois. La protection admet les entreprises à domicile lorsqu'elles remplissent certaines conditions. Parmi celles-ci, il y a la nécessité, pour l'assuré, de faire une partie de son travail à l'extérieur du domicile; cette partie représente une proportion déterminée de son temps de travail, 20 %, par exemple. L'assuré doit également fournir les états financiers de l'entreprise. La protection frais généraux, dans le cas des entreprises à domicile, peut également limiter ou exclure la couverture de diverses dépenses. Par exemple, la protection ne couvrira pas le salaire d'un remplaçant, car cette dépense n'existait pas avant l'invalidité du propriétaire. Il est donc important de bien comprendre les modalités et clauses du contrat souscrit.

5.1.2. Les dépenses couvertes et non couvertes

Advenant l'invalidité d'un individu faisant partie de la clientèle cible précédemment définie, il est possible de prévoir des pertes de revenu relativement importantes pour son organisation. En plus de devoir faire face à une baisse des entrées d'argent, l'entreprise doit continuer d'assumer les dépenses courantes liées à son exploitation. C'est sur ce dernier plan qu'agit la couverture pour frais généraux.

La protection frais généraux rembourse habituellement les frais fixes admissibles qui restent à la charge de l'assuré durant son invalidité. Toutefois, la couverture des dépenses d'exploitation peut sensiblement varier, selon les différentes polices émises par les compagnies d'assurance. Ces variations sont généralement liées à la nature des activités de l'orga-

nisation. Certaines compagnies d'assurance n'assurent pas les entreprises classées trop à risque. Il est toujours important de prêter attention aux dépenses admises dans le contrat souscrit, puisque la protection ne couvre pas automatiquement toutes les dépenses d'exploitation d'une entreprise.

Les dépenses couvertes

Les dépenses couvertes sont celles liées :

- au loyer;
- aux taxes foncières;
- aux versements hypothécaires ou aux intérêts plus la dépréciation;
- à l'électricité, au chauffage et à l'eau;
- au service téléphonique, aux envois postaux et aux frais de buanderie;
- aux frais comptables et juridiques;
- aux cotisations professionnelles ou syndicales;
- à la location d'équipement ou aux intérêts plus la dépréciation;
- aux primes d'assurance générale;
- au salaire des employés effectuant des tâches différentes de celles de l'assuré.

Ces frais sont couverts jusqu'à concurrence de l'indemnité maximale stipulée au contrat.

Les dépenses non couvertes

Voici un aperçu sommaire des frais qui ne sont pas couverts par la protection frais généraux :

- les dépenses engagées par l'assuré après son invalidité;
- les rétributions, quelle que soit leur nature, versées à l'assuré ou à une personne occupant les mêmes fonctions ou le même emploi que l'assuré, ou pour un membre de la famille de l'assuré qui ne répond pas aux conditions d'admissibilité de l'assureur;
- les frais engagés afin de générer un revenu pour l'entreprise durant la période d'invalidité de l'assuré;
- les coûts liés à des achats effectués à des fins de revente;
- les coûts d'exploitation de tout équipement ou véhicule;
- les frais de voyage et de représentation.

5.1.3. Les caractéristiques spécifiques

Les contrats d'assurance qui offrent une protection pour les frais généraux d'entreprise sont généralement garantis et non résiliables jusqu'à ce que l'assuré atteigne l'âge de 65 ans. Ainsi, l'assureur ne peut pas annuler le contrat d'assurance, en augmenter les primes ni procéder à des modifications de garanties tant que les primes liées à la police sont payées.

Par la suite, l'assuré pourra renouveler son contrat sur une base annuelle à la condition d'occuper un travail rémunérateur, et ce, jusqu'à l'âge maximal de 75 ans. La protection pour frais généraux peut également être ajoutée, à titre de garantie optionnelle, au contrat d'assurance invalidité de l'assuré.

5.1.3.1. Le privilège de transformation

Certains contrats prévoient l'inclusion d'un privilège de transformation. Cet avantage permet à l'assuré de transformer son assurance pour frais généraux en assurance invalidité individuelle advenant le cas où il procéderait à la vente ou à la fermeture de son entreprise. Il est toutefois important de connaître les règles de l'assureur en ce qui a trait à cet avantage afin d'être au fait du montant et de la période de prestation auxquels l'assuré peut souscrire.

5.1.3.2. Le délai de carence

Selon la police souscrite, le délai de carence est variable. Il peut être de 30, 60 ou 90 jours. Il n'est pas nécessaire que les jours d'invalidité soient consécutifs pour satisfaire au délai de carence. Il en est de même dans le cas où la protection prévoit le versement de prestations partielles ou résiduelles⁶. Les journées cumulées doivent toutefois être liées à un même type d'invalidité. Par exemple, un contrat peut prévoir un délai de carence de 90 jours sur une période de 180 jours. Cela signifie que l'assuré doit cumuler 90 jours d'absence causée par une invalidité dans les 180 jours suivant le début de son invalidité.

5.1.3.3. La durée des prestations

Dans la plupart des cas, les prestations liées à cette protection sont versées sur une période de courte durée, soit 6, 12, 18 ou 24 mois. Cette situation s'explique par le fait que les prestations visent à atténuer les conséquences immédiates de l'invalidité de la personne assurée. Il ne s'agit pas d'une solution d'affaires à long terme. Advenant le cas d'une invalidité prolongée, l'assuré se doit de prendre les mesures requises afin de remédier à la situation.

6. Les notions d'invalidité partielle et d'invalidité résiduelle sont expliquées dans les sections 5.1.4.2 et 5.1.4.3.

5.1.3.4. L'établissement de l'indemnité

L'assureur établit l'indemnité totale liée à la protection pour frais généraux en multipliant l'ensemble des frais fixes mensuels admissibles par le nombre de mois de protection choisi par l'assuré. Ce montant constitue l'indemnité maximale que l'assureur versera au cours de la période couverte par le contrat.

L'exemple qui suit permet d'illustrer ce point.

Exemple

Jacques est propriétaire d'une petite entreprise. L'ensemble des frais mensuels admissibles aux termes de sa police d'assurance correspond à 4 000 \$. La période de prestations souscrite est de 12 mois. Ainsi, selon son contrat, Jacques a droit à une indemnité totale atteignant un maximum de 48 000 \$ ($4\,000 \$ \times 12$).

5.1.3.5. L'ajustement de prestations

Il arrive fréquemment que les frais d'une entreprise varient au fil des mois. Que se passe-t-il alors avec la protection frais généraux?

Dans ce cas, les assureurs offrent la possibilité d'ajuster la prestation tant à la hausse qu'à la baisse. Les deux exemples suivants illustrent bien cette notion.

Exemple

Reprenons l'exemple précédent. Si Jacques met à pied un employé excédentaire pour une certaine période et que, de ce fait, il arrive à réduire ses frais mensuels à 3 000 \$, l'assureur ne lui remboursera mensuellement que la somme réellement dépensée, soit 3 000 \$ au lieu de 4 000 \$. Jacques accumulera donc un « crédit » de 1 000 \$ par mois. Cette somme non utilisée pourra servir à l'indemniser au-delà de la période de 12 mois. Dans ce cas-ci, si cela est nécessaire, il recevra des prestations pendant 16 mois ($48\,000 \$ + 3\,000 \$$).

Les prestations peuvent également être ajustées à la hausse. En effet, il est possible de procéder à l'augmentation du montant des prestations dans le cas où les frais d'exploitation excèdent les dépenses admissibles prévues. Il faut toutefois mentionner que l'augmentation des indemnités ne peut être effectuée que si un « surplus de caisse » est enregistré. Le cas de Jacques peut servir à illustrer une situation d'accroissement des indemnités.

Exemple

Jacques détient une protection lui donnant droit à des prestations mensuelles de 4 000 \$ sur une période de 12 mois. En raison des démarches qu'il a entreprises pour réduire ses frais d'exploitation, ceux-ci se chiffrent à 3 000 \$ par mois, et ce, durant ses 3 premiers mois d'invalidité. Puisqu'il a droit à 4 000 \$ par mois, Jacques a donc enregistré un surplus de 3 000 \$ au cours de cette période $((4\,000 \$ - 3\,000 \$) \times 3 \text{ mois} = 3\,000 \$)$. Supposons que Jacques décide, prévoyant son retour au travail, de réengager un employé mis à pied au début de son invalidité; donc, les frais d'exploitation de son entreprise augmenteront. Dans le présent cas, disons que les frais d'exploitation augmentent et atteignent 5 000 \$ mensuellement. Bien que Jacques n'ait normalement droit qu'à une prestation de 4 000 \$, ses frais seront couverts en entier puisqu'il a accumulé des surplus suffisants pour couvrir l'augmentation des frais. Il pourra être indemnisé par un montant mensuel de 5 000 \$ durant 3 mois, ce qui réduira son surplus de 3 000 \$ à 0 \$. Après cette période, il lui sera impossible de recevoir plus de 4 000 \$ par mois. Le principe à retenir est que la protection frais généraux ne peut pas verser des indemnités d'un montant supérieur au montant maximal total établi au contrat.

5.1.3.6. La coordination des prestations

Il est important de mentionner que la prestation versée peut être ajustée en fonction des sommes versées en vertu d'une protection parallèle offrant des garanties semblables à celles de la police. Il s'agira alors d'un contrat d'assurance à prestations coordonnées.

5.1.3.7. Le retour au travail

La protection frais généraux prévoit généralement le versement d'indemnités après le retour au travail à temps plein de l'assuré. Ces sommes favorisent une transition plus aisée de l'état d'invalidité à celui de travailleur à temps complet. Elles permettent également de soutenir l'organisation durant la reprise de ses activités normales. La prestation peut, par exemple, représenter 50 % de l'indemnité mensuelle de base le premier mois du retour au travail à temps complet, puis représenter 25 % de l'indemnité le mois suivant, et devenir nulle par la suite.

5.1.3.8. L'indemnité en cas de décès

L'assurance couvrant les frais généraux d'entreprise prévoit également le versement d'une indemnité en cas de décès de l'assuré en cours d'indemnisation pour invalidité totale avant l'âge de 65 ans. Cette indemnité

équivalait habituellement à trois fois le montant de la prestation mensuelle maximale. Elle ne tient aucunement compte des «surplus de caisse» enregistrés au moment du décès. Ainsi, si la police prévoit le versement d'une prestation mensuelle maximale de 3 000 \$, l'assureur versera 9 000 \$ à la succession de l'assuré ou à son bénéficiaire sans tenir compte du montant des indemnités préalablement versées pour la couverture des frais généraux de l'entreprise.

5.1.3.9. Les garanties offertes

À titre indicatif, il faut dire que de nombreuses garanties offertes dans le cadre de l'assurance frais généraux sont semblables aux garanties associées à l'assurance invalidité individuelle. Ces similitudes concernent la présomption d'invalidité, l'invalidité récidivante et l'exonération des primes.

De même, la protection reconnaît une invalidité liée à un don d'organe ou à une greffe d'organe lorsque le contrat est en vigueur depuis au moins six mois.

5.1.3.10. Les exclusions

Les similitudes entre l'assurance pour frais généraux et l'assurance invalidité individuelle concernent également les exclusions. Ainsi, l'assuré ne pourra être indemnisé dans le cas d'une invalidité résultant directement ou indirectement :

- d'une guerre ou de tout sinistre lié à la guerre, que la guerre soit déclarée ou non;
- du service dans les forces armées;
- d'un don d'organe au cours des six premiers mois suivant l'entrée en vigueur du contrat;
- d'une grossesse normale ou d'un accouchement normal.

5.1.4. Les garanties optionnelles

Comme c'est souvent le cas en assurance, il est possible de souscrire diverses options dans le cadre de l'établissement d'une police visant la couverture des frais généraux. Parmi celles-ci se trouvent la garantie d'assurabilité future, l'invalidité partielle, l'invalidité résiduelle, la définition de l'invalidité totale de «propre profession», l'avenant pour professionnels de la santé et l'avenant d'hospitalisation.

5.1.4.1. La garantie d'assurabilité future

La garantie d'assurabilité future permet de majorer la prestation d'invalidité en prévision de l'augmentation des dépenses de l'organisation. Généralement, l'assuré souscrit un montant global de réserve. À chaque anniversaire du contrat, l'assuré peut utiliser un pourcentage de ce montant pour ajuster les prestations en fonction de l'augmentation des dépenses admissibles de l'entreprise. Il peut procéder à l'accroissement des prestations chaque année jusqu'à l'ajout du montant total de réserve au montant de prestation maximal original.

5.1.4.2. L'invalidité partielle

L'invalidité partielle a trait au temps consacré au travail. La protection relative à l'invalidité partielle vise à indemniser l'assuré se trouvant dans l'incapacité d'accomplir l'ensemble des fonctions importantes de son travail. Lorsque l'assuré, à cause d'une invalidité partielle, ne consacre au travail que 50 % du temps qu'il y consacre normalement, il peut recevoir, par exemple, 50 % de la prestation mensuelle prévue au cours de la première année d'invalidité. Ce pourcentage pourrait diminuer et être de 25 % au cours la seconde année d'invalidité.

5.1.4.3. L'invalidité résiduelle

L'invalidité résiduelle, quant à elle, a trait à la perte de revenu de l'assuré à la suite d'une maladie ou d'une blessure. La prestation d'invalidité résiduelle peut être obtenue à la condition que les frais généraux admissibles soient supérieurs d'au moins 100 \$ par mois, jusqu'à concurrence de 75 % des revenus bruts générés par l'entreprise de l'assuré. Lorsque cette situation se produit, l'assuré a droit au moindre des deux montants suivants :

- la prestation mensuelle totale ;
- le montant de frais généraux excédant 75 % des revenus bruts générés par l'entreprise, appliqué à la prestation mensuelle maximale.

Exemple

Philémon est avocat et possède son propre bureau. Après un accident, il souffre d'une invalidité résiduelle ne lui permettant plus de traiter autant de cas qu'avant l'accident. Philémon est titulaire d'une protection lui offrant une rente mensuelle de 4 000 \$. Les frais généraux mensuels admissibles de son bureau sont de 4 000 \$, et les revenus bruts générés par le cabinet sont de 3 500 \$. Le calcul de 75 % des revenus bruts du bureau donne 2 625 \$. Les frais généraux étant de 4 000 \$, ils excèdent les revenus bruts considérés de 1 375 \$. Dans cette situation, l'assureur versera 1 375 \$ à Philémon, étant donné que la prestation mensuelle totale de 4 000 \$ est supérieure à 1 375 \$.

5.1.4.4. La définition de « propre profession »

La clause « propre profession » permet d'améliorer la définition de l'invalidité totale de façon à permettre à l'assuré de toucher des prestations dès qu'il n'est plus en mesure d'exercer son travail habituel. La « propre profession » permet à l'individu d'obtenir des indemnités de son assurance pour frais généraux même s'il s'oriente vers un autre emploi et qu'il est rémunéré dans ses nouvelles fonctions. Il aura accès aux indemnités tout le long de la période de prestation déterminée au contrat, à la condition qu'il soit toujours responsable des dépenses d'exploitation couvertes.

5.1.4.5. L'avenant pour professionnels de la santé

L'avenant pour professionnels de la santé permet à l'assuré d'obtenir des prestations d'invalidité totale ou résiduelle dans le cas où il contracte le VIH ou l'hépatite B et qu'une loi ou un règlement lui interdit d'exercer sa profession ou, encore, l'oblige à dévoiler son état de santé à ses patients.

5.1.4.6. L'avenant d'hospitalisation

Enfin, l'avenant d'hospitalisation permet de soutenir financièrement l'assuré devant être hospitalisé avant que le délai de carence de sa protection soit satisfait. La garantie prévoit le versement d'un montant quotidien déterminé lors de la souscription de la police, qui permet à l'assuré de faire face aux importantes dépenses liées à l'hospitalisation.

5.2. La protection rachat de parts

La protection rachat de parts est une garantie qui offre des avantages non négligeables aux associés d'une entreprise dans le cas où l'un d'eux souffre d'une invalidité totale. Cette protection prévoit le versement d'indemnités périodiques ou d'un montant forfaitaire à l'assuré qui, pour cause d'invalidité, doit céder ses parts d'une entreprise selon la convention de rachat établie entre les partenaires de l'organisation.

Afin de donner une vue d'ensemble de la protection, nous traiterons de deux dimensions de cette protection dans cette section :

- le but de la protection ;
- les caractéristiques spécifiques de la protection.

5.2.1. Le but de la protection

La protection rachat de parts vise à protéger une entreprise ou ses associés des conséquences d'une invalidité de longue durée d'un des propriétaires ou associés. En effet, l'invalidité de longue durée peut engendrer divers problèmes de direction qu'il est possible de minimiser grâce à cette protection. La garantie permet d'obtenir le capital nécessaire pour procéder au rachat des parts de l'associé ou du propriétaire aux prises avec une invalidité totale de longue durée.

5.2.2. Les caractéristiques spécifiques

La protection rachat de parts est généralement couplée à une convention de rachat entre associés ou actionnaires. Ainsi, de nombreux assureurs exigent la présence préalable, ou à courte échéance, d'une telle convention pour accorder la protection. La convention de rachat définit les modalités de cession et d'achat des parts de l'organisation entre les associés. Lorsqu'une telle convention n'est pas requise au moment de la souscription du contrat, l'assureur spécifie généralement, dans le libellé de la police, la nécessité d'en signer une. La réalisation d'un risque d'invalidité avant la signature de la convention peut créer des frictions et rendre difficiles les négociations entre les associés.

5.2.2.1. La définition de l'invalidité totale

Le premier élément à clarifier, dans le cadre de la convention de rachat, a trait à la définition d'invalidité totale, qui servira de base pour déterminer si un associé est invalide ou non. Sans cette définition, un associé invalide pourrait refuser de céder ses parts même s'il se trouve dans l'incapacité de contribuer à l'exploitation et à l'essor de l'entreprise comme auparavant.

Inversement, les partenaires pourraient vouloir mettre un associé à l'écart, par intérêt, sans que celui-ci soit totalement invalide. De façon générale, la définition d'invalidité totale utilisée est celle incluse dans la police d'assurance. Cette définition a pour principal avantage de laisser peu de place à l'interprétation. Elle est habituellement considérée comme neutre par les parties impliquées.

5.2.2.2. La clause *shotgun*

La convention de rachat des parts prévoit habituellement l'inclusion d'une clause *shotgun*⁷. Cette dernière peut varier d'une convention à l'autre puisqu'il s'agit, en fait, d'un contrat intervenu entre deux ou plusieurs actionnaires. Par exemple, cette clause peut exiger la vente des parts de l'associé totalement invalide lorsque ses partenaires manifestent leur volonté de rachat. En situation inverse, elle peut imposer le rachat des parts par les associés lorsque le partenaire invalide manifeste la volonté de se désintéresser de ses parts dans l'organisation.

La clause a pour principal avantage d'éliminer les délais superflus associés au processus de transfert des parts. Ce processus est mis en branle dès qu'un partenaire est considéré comme totalement invalide et que l'une des parties communique sa volonté de rachat. La clause *shotgun* est également utilisée dans la plupart des cas impliquant le décès d'un associé de l'entreprise.

5.2.2.3. La détermination de la valeur des parts

Dans le cas d'une invalidité de longue durée, la convention garantit le rachat des parts de la personne invalide à un prix juste et équitable. Ce prix est déterminé sur la base d'une formule de calcul de la valeur marchande de l'entreprise. Cette formule peut être définie par les associés de l'organisation ou elle peut correspondre à la formule contenue dans le contrat de rachat d'actions en cas d'invalidité.

5.2.2.4. Le mode de financement

Il est également important de s'assurer que le mode de financement du rachat prévu dans le cadre de la convention correspond aux modalités de paiement des indemnités associées à la protection de rachat des parts. Par exemple, si la convention prévoit le rachat sur une base forfaitaire, l'assurance devrait prévoir le versement de l'indemnité sur cette base. S'il est prévu que la somme sera versée en 12 versements consécutifs lorsque

7. L'expression « clause *shotgun* » est couramment utilisée dans le domaine de l'assurance. L'expression française exacte est cependant « clause de coercition ».

le délai de carence sera écoulé, la convention et le contrat d'assurance doivent être concordants.

5.2.2.5. Les critères d'admissibilité

Les entreprises et partenaires doivent généralement remplir certaines conditions afin de pouvoir souscrire la protection rachat de parts.

L'entreprise ciblée par cette protection doit être rentable et compter de deux à cinq actionnaires. Ceux-ci doivent également être en mesure de présenter les états financiers de l'entreprise pour les deux dernières années. Sur le plan individuel, les associés doivent :

- travailler au moins 30 heures par semaine dans l'entreprise;
- détenir une participation dans l'entreprise d'au moins 10 % et de moins de 80 %;
- être titulaires d'une protection suffisante d'assurance invalidité individuelle ou d'assurance collective (ou avoir présenté une demande en ce sens);
- faire partie des catégories professionnelles admissibles : 4A, 3A et 2A;
- être âgés de 20 à 55 ans au moment de l'établissement du contrat.

La limite d'âge de 55 ans s'explique par le risque accru d'invalidité chez les personnes plus âgées. Il convient de mentionner que la protection n'est pas offerte aux membres d'une même famille (conjoint, parents, enfants). Enfin, il est généralement exigé que l'ensemble des associés de l'entreprise adhère à l'assurance au même moment.

5.2.2.6. La définition de l'invalidité totale

La protection rachat de parts couvre le risque d'une invalidité totale de longue durée. Elle est donc applicable dans le cas où l'assuré se trouve dans l'impossibilité d'exercer les fonctions importantes de son emploi habituel pendant une période prolongée pour cause de maladie ou de blessure. La notion d'emploi habituel renvoie à la profession occupée par l'assuré au moment de l'invalidité, que celle-ci soit liée ou non à des fonctions de direction. Cette définition est donc assez large pour offrir une certaine flexibilité aux assurés.

5.2.2.7. Le délai de carence

À l'instar de nombreuses garanties, la protection rachat de parts comporte un délai de carence. Ce délai est toutefois beaucoup plus long que dans le cas de l'assurance invalidité individuelle. Cette situation s'explique par le fait que l'assuré ne tient pas nécessairement à être désintéressé de ses parts

dans l'entreprise à très court terme. Le délai de carence est généralement de 12, 18, 24 ou 36 mois.

5.2.2.8. L'indemnité forfaitaire et l'indemnité périodique

Le paiement de l'indemnité forfaitaire ou le début du versement de l'indemnité périodique correspond à la date d'expiration du délai de carence. Lorsque la police souscrite prévoit le versement d'une indemnité périodique, celui-ci peut s'échelonner sur une période de 24, 36, 48 ou 60 mois. Ce dernier mode de paiement implique des frais d'intérêt sur le montant résiduel lié au rachat des parts. Certains assureurs offrent une protection majorée afin de tenir compte des intérêts courus. Généralement, les assureurs couvrent 90 % du prix de rachat convenu dans le cas d'une indemnité forfaitaire, et 100 % dans le cas d'une indemnité périodique.

5.2.2.9. L'indemnité maximale

Pour un délai de carence de 12 mois, l'indemnité maximale est, dans la plupart des cas, de 1 000 000 \$. Lorsque le délai de carence est supérieur à un an, l'indemnité peut atteindre jusqu'à 1 500 000 \$.

5.2.2.10. Les modalités de versement des indemnités

Lorsqu'il est enclenché, le processus de rachat des parts par l'entremise de l'assurance est indépendant de l'état d'invalidité de la personne assurée. En effet, le paiement de l'indemnité prévue au contrat s'effectuera sans égard au rétablissement de la personne invalide. Par exemple, dans le cas du désintéressement d'un individu invalide qui détient des parts de l'entreprise dont le prix de rachat est fixé à 500 000 \$, l'assurance rachat des parts pourrait prévoir le versement d'une indemnité forfaitaire de 250 000 \$ et, ensuite, le versement d'indemnités mensuelles sur une période de 60 mois, afin de couvrir la somme résiduelle. Le rétablissement de la personne invalide au cours des cinq années couvertes par l'indemnité périodique n'affectera nullement le versement des montants prévus à la police puisqu'en contrepartie, l'assuré a vendu ses parts de la société.

D'autre part, il est possible d'indemniser la personne invalide sans que cela affecte les liquidités de l'entreprise. La conjugaison de l'assurance à la convention doit être effectuée de façon cohérente. Il est donc important de faire correspondre l'expiration du délai de carence de la protection à la date du déclenchement du rachat indiquée dans la convention. Par exemple, si le délai de carence prévu dans le contrat est de 12 mois, la convention doit prévoir ce même délai avant le début du versement des sommes à l'actionnaire en état d'invalidité afin de permettre à l'assureur de verser les sommes prévues au contrat.

5.2.2.11. Le type de contrat

La protection rachat de parts est garantie et non résiliable. Le contrat demeure valide tant et aussi longtemps que les assurés ou l'entreprise paient les primes. Le contrat est renouvelable jusqu'au 65^e anniversaire de chacun des titulaires. Il est à noter que l'assureur émet un contrat pour chacun des assurés d'une même entreprise.

5.2.2.12. La réduction de la protection

La protection prévoit le versement de prestations réduites dans le cas où l'assuré devient invalide après l'âge de 60 ans. Cette réduction est prévue à cause des risques accrus d'invalidité chez les personnes âgées de plus de 60 ans. Bien que les proportions des prestations payables puissent légèrement varier d'un assureur à un autre, une grille de réduction des indemnités est présente dans l'ensemble des contrats. La grille qui suit constitue un exemple des réductions qui pourraient s'appliquer en fonction de l'âge de l'assuré.

Âge au début de l'invalidité	Pourcentage versé
60 ans	100 %
61 ans	80 %
62 ans	60 %
63 ans	40 %
64 ans	20 %

5.2.2.13. Les exclusions

La protection de rachat des parts comporte des exclusions semblables à celles observées dans les contrats d'assurance invalidité individuelle. Ainsi, les prestations ne sont pas payables dans le cas où une invalidité est le fait :

- d'une guerre ou de tout sinistre lié à la guerre, que la guerre soit déclarée ou non;
- du service dans les forces armées;
- d'un don d'organe au cours des six premiers mois suivant l'entrée en vigueur du contrat;
- d'une grossesse normale ou d'un accouchement normal.

5.2.2.14. L'exonération des primes

La garantie de rachat de parts comporte une clause d'exonération des primes. Après une période d'invalidité, habituellement de 90 jours, l'assuré est exonéré du paiement des primes. Cette exonération est valable pour toute la durée de l'invalidité. De plus, l'assureur procédera généralement au remboursement des primes payées au cours des 90 premiers jours de l'invalidité.

5.2.2.15. Les frais juridiques

La protection rachat de parts est également caractérisée par la prise en charge des frais juridiques ou comptables liés à l'exécution de la convention de rachat. Ces frais sont assumés à partir du moment où le délai de carence est satisfait, et se limitent généralement à un maximum de 5 000 \$.

5.2.2.16. Le don d'organe

Les contrats comportent également une garantie en cas de greffe chirurgicale. Cette clause est comparable à celle incluse dans de nombreux contrats d'assurance invalidité individuelle. Ainsi, l'assuré est considéré comme totalement invalide à la suite d'un don d'organe lorsque la police est en vigueur depuis six mois ou plus.

5.2.2.17. La prestation de décès

En cas de décès de la personne invalide, l'assurance prévoit le paiement d'une prestation de décès équivalant à trois mois d'indemnité ou à l'indemnité résiduelle à verser à l'assuré. Le montant le moins élevé est celui qui prévaut.

5.2.2.18. La garantie d'assurabilité future

La garantie d'assurabilité future peut être incluse à titre de composante de base de la protection pour rachat de parts ou, encore, être souscrite à titre d'option. Cette garantie permet aux assurés de souscrire un montant additionnel de protection à chacun des anniversaires de la police, sans preuve d'assurabilité. La majoration de la protection de base est généralement équivalente au montant total de cette dernière. Par exemple, si la police couvre un montant de 400 000 \$, la protection supplémentaire offerte par l'option sera également de 400 000 \$. La majoration peut également représenter un pourcentage de la protection de base.

Habituellement, l'option d'assurabilité future est offerte aux assurés de 40 ans ou moins, mais l'âge peut différer d'une compagnie à l'autre. Il est possible de majorer la protection progressivement ou en une seule fois.

L'option est applicable jusqu'à concurrence du montant additionnel maximal souscrit. Il est à noter que l'augmentation des montants de couverture doit être justifiée par les états financiers de l'entreprise.

5.2.2.19. Le transfert de protection

La protection rachat de parts permet, selon certaines conditions, d'effectuer un transfert de protection d'un assuré à un autre sans justifications financières. Le contrat issu du transfert doit être comparable à l'entente initiale en ce qui concerne les preuves d'assurabilité, les exclusions, les restrictions et la catégorie de risque assuré. La prime est ajustée en fonction de l'âge de l'assuré et du taux de prime en vigueur au moment du transfert.

5.2.2.20. La résiliation de la protection

La protection rachat de parts est considérée comme résiliée à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle l'assuré cesse de travailler le nombre d'heures requis pour l'entreprise pour des raisons autres que l'invalidité totale ;
- la date à laquelle les parts de l'assuré dans l'entreprise représentent 80 % ou plus de la valeur de cette dernière ;
- la date à laquelle l'assuré cesse de détenir au moins 10 % des parts dans l'entreprise ;
- la date de décès de l'assuré ;
- la date à laquelle l'assuré commence un service actif dans les forces armées ;
- la date à laquelle l'assureur reçoit une demande écrite de l'assuré pour mettre fin au contrat ;
- la date à laquelle le paiement de la prestation de rachat de parts est versé ;
- la date du 65^e anniversaire de l'assuré.

Dans les cas où la prime d'assurance est payée sur une base annuelle, il arrive que certains assureurs prévoient le remboursement d'une part de celle-ci. Ce remboursement équivaut au montant de prime payé pour la période de l'année n'étant pas couverte par la protection.

5.2.2.21. Le droit de transformation

Au moment de la résiliation de la protection, certains assureurs offrent également un droit de transformation aux assurés. Ce droit leur permet de transformer leur protection rachat de parts en assurance pour frais généraux ou en assurance invalidité individuelle sans preuve d'assurabilité. Toutefois,

cette transformation ne peut être effectuée que si l'une des deux conditions suivantes est respectée :

- la participation de l'assuré dans l'entreprise, au titre de rachat de parts, excède 90 % ;
- la participation de l'un des associés de l'entreprise passe à 90 % ou plus.

5.2.3. Les méthodes de rachat de parts

La protection rachat de parts ouvre la voie à deux méthodes de rachat, soit la méthode de rachat croisé et la méthode de rachat par la société.

5.2.3.1. La méthode de rachat croisé

La première méthode est appelée « méthode de rachat croisé ». Elle est généralement utilisée lorsqu'une entreprise ne compte que deux associés. Dans le cas du rachat croisé, chacun des actionnaires souscrit une assurance sur la tête de son associé et en paie la prime. Dans le cas où l'un des actionnaires devient invalide, une indemnité est versée à son associé afin qu'il procède au rachat des parts.

Exemple

Monsieur A et monsieur B sont associés à parts égales dans une firme de publicité. La valeur de l'entreprise s'élève à 400 000 \$. Si monsieur A devient invalide, l'assureur versera la somme de 200 000 \$ à monsieur B (soit 50 % de la valeur totale de la société). En contrepartie des actions de son associé invalide, monsieur B versera à son tour 200 000 \$ à monsieur A.

5.2.3.2. La méthode de rachat par la société

La seconde méthode utilisée est celle du « rachat par la société ». Elle est généralement utilisée lorsque l'organisation compte plusieurs actionnaires. Elle est également employée lorsqu'un écart de prime important sépare les associés. Avec cette méthode, la police est la propriété de l'entreprise, qui en est également la bénéficiaire.

Exemple

La société ABC inc. compte trois actionnaires : Monique, Reynald et Heidi. Chacun possède un tiers des actions, et chacune de leur part vaut 100 000 \$. Advenant l'invalidité de Monique, l'assureur versera 100 000 \$ à ABC inc. La société, en contrepartie des actions de Monique, versera à celle-ci la somme de 100 000 \$. Par la suite, la société verra au partage des actions de Monique entre les deux autres actionnaires.

5.3. La protection personne clé

La protection personne clé est une garantie permettant de protéger une organisation des pertes financières liées à l'invalidité d'une personne essentielle tant sur le plan de l'exploitation de l'organisation que sur celui de sa croissance. Cette section abordera brièvement le but de la garantie, les conséquences de l'invalidité d'une personne clé, les critères d'admissibilité à la protection et, enfin, ses caractéristiques spécifiques.

5.3.1. Le but de la protection

La protection pour personne clé sert à indemniser une organisation lorsque cette dernière n'est plus en mesure de compter sur les services d'une personne ou d'un collaborateur essentiel pour cause d'invalidité. Certains individus jouent un rôle central dans le déroulement des activités d'une entreprise. Leur absence, qu'elle soit de courte ou de longue durée, peut grandement affecter la croissance de l'organisation et les bénéfices qu'elle réalise.

5.3.2. Les conséquences d'une invalidité

Les conséquences de l'invalidité d'une personne clé peuvent se faire sentir de différentes façons :

- départ d'employés associant leur intérêt au travail à la personne clé souffrant d'invalidité, que ce soit pour des motifs professionnels ou personnels ;
- investissement de ressources pour l'embauche ou la formation de remplaçants ;
- restriction du crédit accordé à l'organisation par les institutions financières en raison d'une perte de confiance ;
- perte de clients ou de parts de marché au profit de la concurrence ;
- retard de différents projets requérant l'implication de la personne clé et risque de pénalités financières liées aux retards ;
- pertes en recherche et développement ;
- retard dans la succession de l'entreprise ;
- déstabilisation de l'équipe de direction.

5.3.3. Les critères d'admissibilité

La protection pour personne clé comporte certaines restrictions au chapitre de l'admissibilité. En effet, les propriétaires uniques et les employés actionnaires détenant plus de 10 % des parts de l'entreprise ne sont pas admissibles à la protection. Il en va de même pour les membres d'associations professionnelles et les couples mariés.

5.3.4. Les caractéristiques spécifiques

La protection pour personne clé comporte généralement un délai de carence de 30 jours et offre habituellement une période de prestations d'un an. Cette garantie offre aussi une prestation plus élevée que le revenu gagné par la personne clé. Ce montant peut atteindre le double d'une prestation normale versée en cas d'invalidité, et ce, afin de couvrir les coûts de remplacement qui pourraient être plus élevés. Par exemple, si le revenu de la personne clé est de 80 000 \$ par année et que la prestation normale d'invalidité est de 5 000 \$ par mois, on peut couvrir la personne clé pour un montant mensuel de 10 000 \$ afin de couvrir son remplacement dans l'entreprise.

Rappel

Voici les notions importantes à retenir de ce chapitre.

- Les professionnels à leur compte, les propriétaires uniques et les associés d'une entreprise, de même que les actionnaires sont les personnes qui peuvent être couvertes par la garantie frais généraux d'entreprise.
- Les frais généraux admissibles comprennent la plupart des frais courants qui permettent à l'entreprise de continuer ses activités pendant l'invalidité de l'assuré.
- La période d'indemnisation couvrant les frais généraux est habituellement de courte durée.
- Le rachat de parts en cas d'invalidité permettra à l'assuré invalide de recevoir un montant pour le rachat de ses actions par la compagnie ou par ses associés, de façon forfaitaire, par versements périodiques ou par une combinaison des deux.
- La convention de rachat doit spécifier la définition de l'invalidité totale, les conditions de rachat des parts, la méthode de calcul pour évaluer la valeur de l'entreprise et les modalités de versement de la prestation.
- Le délai de carence relatif à la protection rachat de parts est généralement beaucoup plus long que celui de l'assurance invalidité individuelle.
- La protection d'une personne clé ne peut pas couvrir les employés actionnaires détenant plus de 10 % des parts de l'entreprise, les membres d'associations professionnelles ni les couples mariés.
- La période d'indemnisation de cette protection est relativement courte, soit un an.

Il est suggéré de répondre aux questions de l'exercice d'autoévaluation qui suit, afin de bien avoir à l'esprit les notions traitées dans le chapitre 5.

Puis, il est possible de vérifier vos réponses en consultant le corrigé de l'exercice d'autoévaluation qui se trouve à la fin de ce chapitre.

Exercice d'autoévaluation

Répondez aux questions de l'exercice d'autoévaluation. Les questions qui suivent ont pour but de vous faire réviser les sujets traités dans le chapitre. Pour chacune des questions, encerclez la bonne réponse.

Question 1

Quel type de clientèle n'est pas admissible à la protection frais généraux d'entreprise ?

- a) Les entreprises à propriétaire unique.
- b) Les professionnels.
- c) Les travailleurs autonomes.
- d) Les compagnies d'assurance.

Question 2

Quels sont les frais généraux admissibles à ce type de contrat ?

- a) Tous les frais liés aux dépenses de l'entreprise.
- b) La plupart des frais fixes que l'assuré continue d'assumer pendant son invalidité.
- c) La majorité des frais, y compris les frais de voyage et de représentation.
- d) La plupart des frais fixes que l'entreprise continue d'assumer pendant l'invalidité de l'assuré.

Répondez aux questions 3 à 6 en vous référant à la mise en situation suivante.

Le contrat couvrant les frais généraux de bureau de Rémi (42 ans, propriétaire d'une petite entreprise) prévoit une prestation de 4 000 \$ par mois pendant 24 mois. Au moment de son invalidité, les dépenses admissibles ne totalisent plus que 3 600 \$.

Question 3

Quel montant recevra-t-il de la compagnie d'assurance ?

- a) Il recevra le montant prévu à son contrat.
- b) La compagnie ajustera le montant en fonction des dépenses réelles.
- c) Il recevra 3 600 \$.
- d) Il recevra 4 000 \$, mais ce montant sera sujet à des ajustements à la hausse, selon les dépenses réelles de l'entreprise.

Question 4

Si Rémi est invalide pendant 30 mois et que ses frais demeurent les mêmes pendant toute la durée de son invalidité, combien recevra-t-il de la compagnie d'assurance ?

- a) Il recevra 108 000 \$.
- b) Il recevra le montant de 3 600 \$ mensuellement pendant la durée maximale prévue au contrat, soit 86 400 \$.
- c) Il recevra la différence entre le montant maximal prévu au contrat et les frais réels engagés.
- d) Il recevra le montant global prévu au contrat, soit 96 000 \$.

Question 5

Parmi les déboursés suivants, lequel n'est pas susceptible d'être couvert par la protection de Rémi ?

- a) Les dépenses liées à la location d'équipement ou aux intérêts, plus la dépréciation.
- b) Le salaire d'un remplaçant pour Rémi durant sa période d'invalidité
- c) Le salaire de l'adjointe administrative.
- d) Les dépenses liées aux cotisations professionnelles ou syndicales.

Question 6

Dans le cas où Rémi décéderait des suites de son invalidité :

- a) aucune indemnité ne serait versée en vertu du contrat d'assurance frais généraux de Rémi, puisque la protection couvre uniquement des frais d'entreprise.
- b) une indemnité équivalente à la différence entre les réclamations faites pour couvrir les frais généraux d'entreprise et le montant maximal total établi au contrat serait versée à la succession de Rémi ou à son bénéficiaire.
- c) une indemnité de 12 000 \$, soit 3 fois le montant de prestation mensuelle maximal, serait versée à la succession de Rémi ou à son bénéficiaire.
- d) une indemnité de décès définie au contrat lors de son établissement serait versée à la succession de Rémi ou à son bénéficiaire, à la condition que Rémi ait souscrit cette garantie optionnelle.

Question 7

Richard est notaire et possède son propre bureau. À la suite d'un grave accident, il souffre d'une invalidité résiduelle affectant considérablement sa performance au travail et, ainsi, les revenus du bureau. Richard est titulaire d'un contrat d'assurance frais généraux offrant une prestation mensuelle maximale de 5 000 \$. Les frais généraux mensuels admissibles de son bureau sont de 4 500 \$, et les revenus bruts générés par le cabinet sont de 3 000 \$.

Quel sera le montant des prestations versées à Richard en vertu de sa protection ?

- a) 2 250 \$
- b) 1 500 \$
- c) 2 000 \$
- d) 4 500 \$

Question 8

Quel critère ne correspond pas à l'admissibilité de l'entreprise en ce qui concerne le rachat de parts en cas d'invalidité ?

- a) L'entreprise doit compter un minimum de deux actionnaires.
- b) L'entreprise doit présenter ses états financiers des deux dernières années.
- c) L'entreprise doit compter plus de cinq actionnaires.
- d) L'entreprise doit être rentable.

Question 9

En quoi consiste la clause *shotgun* ?

- a) Par cette clause, seul l'associé invalide peut être contraint de vendre ses actions.
- b) Cette clause peut obliger les autres associés à procéder au rachat des parts de l'assuré invalide afin de lui procurer les sommes prévues au contrat.
- c) Par cette clause, on peut exiger la vente des actions détenues par l'associé invalide et, aussi, obliger les autres associés, sur demande, à procéder au rachat des actions d'un associé.
- d) C'est une clause qui avantage les deux parties en cause.

Question 10

Est-il possible de transférer l'assurabilité d'une police rachat de parts à un autre associé si l'assuré cesse de travailler pour l'entreprise ?

- a) Oui, dans la mesure où l'assuré n'est pas en état d'invalidité et qu'il détient des parts dans l'entreprise.
- b) Oui, si l'assuré détient des parts dans l'entreprise et que le contrat est en vigueur depuis au moins deux ans.
- c) Oui, dans la mesure où le nouvel assuré fournit des justifications financières.
- d) Oui, mais le transfert comporte certaines restrictions.

Répondez aux questions 11 et 12 en vous référant à la mise en situation suivante.

Kenneth a 61 ans. Il est associé avec Robert dans une entreprise de fabrication de contenants de plastique. La valeur de l'entreprise est de 600 000 \$. Le contrat d'assurance prévoit le versement d'une indemnité forfaitaire en cas d'invalidité.

Question 11

Kenneth et Robert sont associés à parts égales. Ils ont tous deux souscrit une protection rachat de parts avec option de rachat croisé. Kenneth souffre d'invalidité totale.

- a) L'assureur versera la somme de 240 000 \$ à Robert. En contrepartie des actions de son associé invalide, Robert versera à son tour 240 000 \$ à Kenneth.
- b) L'assureur versera la somme de 600 000 \$ à Robert. En contrepartie des actions de son associé invalide, Robert versera à son tour 300 000 \$ à Kenneth.
- c) L'assureur versera la somme de 480 000 \$ à Robert. En contrepartie des actions de son associé invalide, Robert versera à son tour 240 000 \$ à Kenneth.
- d) L'assureur versera la somme de 300 000 \$ à Robert. En contrepartie des actions de son associé invalide, Robert versera à son tour 300 000 \$ à Kenneth.

Question 12

Supposons que le partage des parts de l'entreprise est inégal, que Kenneth possède 70 % des parts et que la police d'assurance prévoit un rachat par la société.

- a) L'assureur versera 336 000 \$ à l'entreprise de fabrication de contenants de plastique. L'entreprise versera ensuite à Kenneth, en contrepartie de ses actions, la somme de 336 000 \$. L'entreprise transférera ensuite les parts de Kenneth à Robert.
- b) L'assureur versera 420 000 \$ à l'entreprise de fabrication de contenants de plastique. L'entreprise versera ensuite à Kenneth, en contrepartie de ses actions, la somme de 420 000 \$. L'entreprise transférera ensuite les parts de Kenneth à Robert.
- c) L'assureur versera 420 000 \$ à Robert, qui ensuite versera ce montant à l'entreprise de fabrication de contenants de plastique. L'entreprise versera par la suite à Kenneth, en contrepartie de ses actions, la somme de 420 000 \$. L'entreprise transférera ensuite les parts de Kenneth à Robert.
- d) L'assureur versera 336 000 \$ à Robert, qui transférera ce montant à l'entreprise. L'entreprise versera le montant à Kenneth en contrepartie de ses parts. L'entreprise transférera ensuite les parts de Kenneth à Robert.

Question 13

Quelles catégories de personnes ne peuvent pas bénéficier de la protection couvrant la personne clé ?

- a) Les propriétaires uniques et les employés actionnaires détenant plus de 10 % des parts de l'entreprise, les membres d'associations professionnelles et les couples mariés.
- b) Les actionnaires, les membres d'associations professionnelles et les couples mariés.
- c) Les propriétaires uniques et les employés actionnaires détenant plus de 10 % des parts de l'entreprise, et les membres d'associations professionnelles.
- d) Toutes les personnes qui occupent des postes clés dans une entreprise.

Corrigé de l'exercice d'autoévaluation

Réponse 1

Quel type de clientèle n'est pas admissible à la protection frais généraux d'entreprise ?

- a) Les entreprises à propriétaire unique.
- b) Les professionnels.
- c) Les travailleurs autonomes.
- d) **Les compagnies d'assurance.**

Réponse 2

Quels sont les frais généraux admissibles à ce type de contrat ?

- a) Tous les frais liés aux dépenses de l'entreprise.
- b) **La plupart des frais fixes que l'assuré continue d'assumer pendant son invalidité.**
- c) La majorité des frais, y compris les frais de voyage et de représentation.
- d) La plupart des frais fixes que l'entreprise continue d'assumer pendant l'invalidité de l'assuré.

Réponse 3

Quel montant recevra-t-il de la compagnie d'assurance ?

- a) Il recevra le montant prévu à son contrat.
- b) La compagnie ajustera le montant en fonction des dépenses réelles.
- c) **Il recevra 3 600 \$.**
- d) Il recevra 4 000 \$, mais ce montant sera sujet à des ajustements à la hausse, selon les dépenses réelles de l'entreprise.

Justification : Les prestations ne peuvent pas dépasser les frais engagés pendant l'invalidité.

Réponse 4

Si Rémi est invalide pendant 30 mois et que ses frais demeurent les mêmes pendant toute la durée de son invalidité, combien recevra-t-il de la compagnie d'assurance ?

- a) Il recevra 108 000 \$.
- b) Il recevra le montant de 3 600 \$ mensuellement pendant la durée maximale prévue au contrat, soit 86 400 \$.
- c) Il recevra la différence entre le montant maximal prévu au contrat et les frais réels engagés.
- d) **Il recevra le montant global prévu au contrat, soit 96 000 \$.**

Justification : $3\,600 \$ \times 30 = 108\,000 \$$

Maximum = $4\,000 \$ \times 24 = 96\,000 \$$

On lui versera le maximum prévu au contrat.

Réponse 5

Parmi les déboursés suivants, lequel n'est pas susceptible d'être couvert par la protection de Rémi ?

- a) Les dépenses liées à la location d'équipement ou aux intérêts, plus la dépréciation.
- b) **Le salaire d'un remplaçant pour Rémi durant sa période d'invalidité.**
- c) Le salaire de l'adjointe administrative.
- d) Les dépenses liées aux cotisations professionnelles ou syndicales.

Réponse 6

Dans le cas où Rémi décéderait des suites de son invalidité :

- a) aucune indemnité ne serait versée en vertu du contrat d'assurance frais généraux de Rémi, puisque la protection couvre uniquement des frais d'entreprise.
- b) une indemnité équivalente à la différence entre les réclamations faites pour couvrir les frais généraux d'entreprise et le montant maximal total établi au contrat serait versée à la succession de Rémi ou à son bénéficiaire.
- c) **une indemnité de 12 000 \$, soit 3 fois le montant de prestation mensuelle maximal, serait versée à la succession de Rémi ou à son bénéficiaire.**
- d) une indemnité de décès définie au contrat lors de son établissement serait versée à la succession de Rémi ou à son bénéficiaire, à la condition que Rémi ait souscrit cette garantie optionnelle.

Réponse 7

Quel sera le montant des prestations versées à Richard en vertu de sa protection?

- a) **2 250 \$**
- b) 1 500 \$
- c) 2 000 \$
- d) 4 500 \$

Justification : Le calcul de 75 % des revenus bruts du bureau donne 2 250 \$. Les frais généraux étant de 4 500 \$, ils excèdent le montant des revenus bruts considérés de 2 250 \$. Dans cette situation, l'assureur versera 2 250 \$ à Richard, étant donné que la prestation mensuelle totale de 5 000 \$ est supérieure à 2 250 \$.

Réponse 8

Quel critère ne correspond pas à l'admissibilité de l'entreprise en ce qui concerne le rachat de parts en cas d'invalidité ?

- a) L'entreprise doit compter un minimum de deux actionnaires.
- b) L'entreprise doit présenter ses états financiers des deux dernières années.
- c) **L'entreprise doit compter plus de cinq actionnaires.**
- d) L'entreprise doit être rentable.

Réponse 9

En quoi consiste la clause *shotgun* ?

- a) Par cette clause, seul l'associé invalide peut être contraint de vendre ses actions.
- b) Cette clause peut obliger les autres associés à procéder au rachat des parts de l'assuré invalide afin de lui procurer les sommes prévues au contrat.
- c) **Par cette clause, on peut exiger la vente des actions détenues par l'associé invalide et, aussi, obliger les autres associés, sur demande, à procéder au rachat des actions d'un associé.**
- d) C'est une clause qui avantage les deux parties en cause.

Réponse 10

Est-il possible de transférer l'assurabilité d'une police rachat de parts à un autre associé si l'assuré cesse de travailler pour l'entreprise ?

- a) **Oui, dans la mesure où l'assuré n'est pas en état d'invalidité et qu'il détient des parts dans l'entreprise.**
- b) Oui, si l'assuré détient des parts dans l'entreprise et que le contrat est en vigueur depuis au moins deux ans.
- c) Oui, dans la mesure où le nouvel assuré fournit des justifications financières.
- d) Oui, mais le transfert comporte certaines restrictions.

Réponse 11

Kenneth et Robert sont associés à parts égales. Ils ont tous deux souscrit une protection rachat de parts avec option de rachat croisé. Kenneth souffre d'invalidité totale.

- a) L'assureur versera la somme de 240 000 \$ à Robert. En contrepartie des actions de son associé invalide, Robert versera à son tour 240 000 \$ à Kenneth.
- b) L'assureur versera la somme de 600 000 \$ à Robert. En contrepartie des actions de son associé invalide, Robert versera à son tour 300 000 \$ à Kenneth.
- c) L'assureur versera la somme de 480 000 \$ à Robert. En contrepartie des actions de son associé invalide, Robert versera à son tour 240 000 \$ à Kenneth.
- d) L'assureur versera la somme de 300 000 \$ à Robert. En contrepartie des actions de son associé invalide, Robert versera à son tour 300 000 \$ à Kenneth.

Justification : La protection rachat des parts prévoit le versement de prestations réduites dans le cas où l'assuré devient invalide après l'âge de 60 ans. Puisque Kenneth a 61 ans, la grille de réduction des indemnités prévoit le versement de 80 % de l'indemnité prévue au contrat. L'assureur versera donc à Robert, pour le rachat des parts de Kenneth, qui détient 50 % des parts de l'entreprise, $600\,000 \$ \times 0,5 \times 0,8 = 240\,000 \$$.

Réponse 12

Supposons que le partage des parts de l'entreprise est inégal, que Kenneth possède 70 % des parts et que la police d'assurance prévoit un rachat par la société.

- a) **L'assureur versera 336 000 \$ à l'entreprise de fabrication de contenants de plastique. L'entreprise versera ensuite à Kenneth, en contrepartie de ses actions, la somme de 336 000 \$. L'entreprise transférera ensuite les parts de Kenneth à Robert.**
- b) L'assureur versera 420 000 \$ à l'entreprise de fabrication de contenants de plastique. L'entreprise versera ensuite à Kenneth, en contrepartie de ses actions, la somme de 420 000 \$. L'entreprise transférera ensuite les parts de Kenneth à Robert.
- c) L'assureur versera 420 000 \$ à Robert, qui versera ensuite ce montant à l'entreprise de fabrication de contenants de plastique. L'entreprise versera par la suite à Kenneth, en contrepartie de ses actions, la somme de 420 000 \$. L'entreprise transférera ensuite les parts de Kenneth à Robert.
- d) L'assureur versera 336 000 \$ à Robert, qui transférera ce montant à l'entreprise. L'entreprise versera le montant à Kenneth en contrepartie de ses parts. L'entreprise transférera ensuite les parts de Kenneth à Robert.

Justification : Puisque Kenneth a 61 ans, la grille de réduction des indemnités prévoit le versement de 80 % de l'indemnité prévue au contrat. L'assureur versera donc à l'entreprise, pour le rachat des parts de Kenneth, qui détient 70 % des parts de l'entreprise, $600\,000 \$ \times 0,7 \times 0,8 = 336\,000 \$$.

Réponse 13

Quelles catégories de personnes ne peuvent pas bénéficier de la protection couvrant la personne clé ?

- a) **Les propriétaires uniques et les employés actionnaires détenant plus de 10 % des parts de l'entreprise, les membres d'associations professionnelles et les couples mariés.**
- b) Les actionnaires, les membres d'associations professionnelles et les couples mariés.
- c) Les propriétaires uniques et les employés actionnaires détenant plus de 10 % des parts de l'entreprise, et les membres d'associations professionnelles.
- d) Toutes les personnes qui occupent des postes clés dans une entreprise.

Retour sur les apprentissages

Cette activité d'objectivation vous permettra d'évaluer vos points forts et vos points faibles quant au développement des sous-éléments de compétence visés par ce chapitre. Vous pourrez tirer profit de cette expérience d'apprentissage en vous fixant de nouvelles stratégies pour les atteindre.

Répondez aux questions du tableau à l'aide de l'échelle suivante :



Chapitre 5

Les contrats d'assurance invalidité d'entreprise

Est-ce que je maîtrise les notions et les compétences qui me permettraient :				
De distinguer les caractéristiques spécifiques des contrats d'assurance invalidité d'entreprise ?	1	2	3	4
De discerner les différentes clauses comprises dans les contrats d'assurance invalidité d'entreprise ?	1	2	3	4

Estimez-vous maîtriser tous ces sous-éléments de compétence ? Si oui, félicitations ! Vous êtes maintenant en mesure de poursuivre avec le prochain chapitre.

Si vous en doutez, il est recommandé de revoir les sections traitant des sous-éléments de compétence non maîtrisés. Vous devriez revoir les notions qui vous permettront d'améliorer votre maîtrise de chaque sous-élément de compétence. N'oubliez pas de mettre à jour votre plan d'étude !

Lorsque vous serez satisfait de votre compréhension, passez au chapitre suivant.

Chapitre 6

La protection contre les maladies graves

Élément de la compétence

- Distinguer les principales caractéristiques de la protection contre les maladies graves.

Sous-éléments de la compétence

- Comprendre le but de la protection contre les maladies graves;
- Reconnaître les maladies et les situations critiques couvertes par cette assurance;
- Distinguer les différents types de contrats;
- Expliquer l'application de la garantie;
- Identifier les garanties facultatives.

Contenu

- Le but de la protection;
- Les maladies couvertes;
- Les types de contrats;
- L'application de la garantie;
- Les garanties facultatives.

Activités d'apprentissage

- Lecture;
- Exercice d'autoévaluation;
- Corrigé de l'exercice d'autoévaluation.

6. La protection contre les maladies graves

Le sixième chapitre de ce manuel aborde les notions relatives à la protection contre les maladies graves. Dans un contexte où les probabilités d'être atteint d'une maladie grave sont sans cesse croissantes, la protection contre ces maladies prend toute son importance. Bien que cette garantie puisse être offerte comme option dans le contrat de base de l'assuré, elle peut également être considérée comme un contrat principal.

Il est important de noter que cette protection ne s'applique pas que dans le cas de maladies graves (comme le cancer et la maladie de Parkinson), mais également dans le cas de situations critiques (comme un coma ou une grave brûlure). Dans ce manuel, l'expression « maladies graves » est utilisée, mais elle inclut les autres situations d'atteintes graves à la santé.

Ce chapitre aborde donc les points suivants relatifs à cette garantie :

- le but de la protection ;
- les maladies couvertes ;
- les types de contrats ;
- l'application de la garantie ;
- les garanties facultatives.

6.1. Le but de la protection

La protection contre les maladies graves vise à procurer à l'individu qui reçoit un diagnostic de maladie grave un montant forfaitaire lui permettant, ainsi qu'à ses proches, de faire face aux conséquences financières découlant de la maladie. Le virage ambulatoire dans le domaine des services de santé, l'accroissement important des coûts relatifs aux soins ainsi que la perte de revenus à la suite d'une maladie grave sont tous des facteurs justifiant la souscription de la protection.

Les progrès technologiques et les diverses percées dans le domaine de la médecine permettent aujourd'hui à de nombreux individus de survivre à une maladie grave ou à une situation comme un coma ou une paralysie. Toutefois, les séquelles et conséquences de ces maladies peuvent être importantes, tant au point de vue de la réadaptation que sur le plan financier. Il arrive que des soins à domicile ou l'achat d'appareils coûteux soient requis. Dans ces situations, il est aisé de comprendre l'utilité du recours à l'assurance.

6.1.1. Les statistiques

La forte probabilité d'être un jour atteint d'une maladie grave constitue l'un des éléments motivant la souscription d'une assurance contre les maladies graves. La Société canadienne du cancer et la Fondation des maladies du cœur du Canada fournissent des données statistiques éloquentes. Le tableau 6.1 présente quelques-unes de ces données.

Tableau 6.1 Statistiques sur le cancer et les maladies du cœur

Cancer	<p>Au Canada, en 2003, on a estimé à 139 000 le nombre de nouveaux cas de cancer et à 67 400 le nombre de décès attribuables au cancer.</p> <p>Le cancer est la cause la plus importante de décès prématurés au Canada.</p> <p>En 2003, on a estimé à 35 500 le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués au Québec.</p> <p>On estime que 38 % des femmes risquent d'être touchées par le cancer au cours de leur vie. Une femme sur neuf sera affectée d'un cancer du sein au cours de sa vie.</p> <p>On estime que 41 % des hommes risquent d'être touchés par le cancer au cours de leur vie. Un homme sur huit sera atteint d'un cancer de la prostate au cours de sa vie.</p> <p>Le taux de mortalité pour l'ensemble des types de cancer a, depuis 1988, régressé de 12 % chez les hommes et de 13 % chez les femmes, à l'exception du cancer du poumon.</p>
Maladies cardiovasculaires	<p>En 1999, 450 000 individus ont été hospitalisés pour des maladies cardiovasculaires au Canada.</p> <p>La moitié des hommes ainsi qu'une femme sur trois seront atteints d'une maladie coronarienne avant l'âge de 40 ans.</p> <p>Le taux de survie des personnes victimes d'un arrêt cardiaque est de 85 %.</p>
Accidents cérébrovasculaires	<p>L'accident cérébrovasculaire (ACV) arrive en quatrième position en ce qui a trait aux causes de décès au Canada.</p> <p>Au Canada, entre 40 000 et 50 000 nouveaux cas d'ACV sont rapportés chaque année, et près de 16 000 personnes meurent annuellement des suites d'un accident cérébrovasculaire.</p> <p>Environ 300 000 Canadiens vivent avec les conséquences d'un ACV.</p> <p>Après l'âge de 55 ans, la probabilité d'être victime d'un ACV double tous les 10 ans.</p> <p>La probabilité de subir un nouvel ACV au cours des deux années qui suivent un accident cérébrovasculaire est de 20 %.</p>

Source : Société canadienne du cancer et Fondation des maladies du cœur du Canada

6.1.2. L'utilisation de la protection

Les données présentées dans le tableau 6.1 prouvent que les risques d'être atteint d'une maladie grave sont élevés. L'assurance permet à l'assuré ainsi qu'à ses proches d'être préparés à l'éventualité d'une maladie grave et aux

conséquences financières de cette dernière. La protection contre les maladies graves offre plusieurs avantages au bénéficiaire. Elle permet par exemple :

- d'obtenir des traitements et d'autres services diagnostiques plus rapidement, que ceux-ci soient offerts au Canada ou ailleurs;
- de couvrir diverses dépenses associées à l'hospitalisation (cafétéria, frais de transport et de stationnement, services hospitaliers supplémentaires, etc.);
- de couvrir certaines obligations bancaires comme les marges de crédit, l'hypothèque, les prêts personnels et commerciaux, etc.;
- de couvrir les pertes de revenus liées à un arrêt de travail du conjoint ou de la conjointe ainsi que les frais de garde des enfants;
- de couvrir certains frais d'entreprise et, ainsi, d'assurer la survie de cette dernière pendant la période de rétablissement de l'assuré;
- de couvrir divers frais relatifs aux soins à domicile;
- d'assumer les coûts liés à l'adaptation du véhicule et du domicile de l'assuré.

6.1.3. Les coûts liés aux services et équipements de santé

L'utilité de l'assurance contre les maladies graves apparaît clairement si on observe le coût approximatif des services et des équipements liés aux soins de santé.

L'importance des frais de santé au Canada et à l'étranger permet de comprendre l'impact tant psychologique (stress, anxiété) que financier d'une maladie grave sur l'individu invalide et ses proches. La protection contre les maladies graves offre un soutien financier permettant à la personne atteinte d'invalidité de recevoir des traitements adéquats et l'aide nécessaire à son rétablissement.

6.2. Les maladies couvertes

Comme dans le cas de nombreuses protections, l'assurance contre les maladies graves offre une couverture qui peut sensiblement varier d'un assureur à un autre. Il est donc possible que deux polices définissent de façon légèrement différente la maladie donnant droit à l'indemnité. Par exemple, la description de l'état d'avancement d'un cancer procurant une indemnisation pourrait varier d'une compagnie à l'autre.

6.2.1. Les principales maladies couvertes

Certains assureurs offrent un contrat de base couvrant les trois maladies graves les plus courantes, soit la crise cardiaque, le cancer et l'accident cérébrovasculaire. Ensemble, ces maladies couvrent 85 % du risque d'être atteint d'une maladie grave. Ce contrat de base peut être bonifié d'un avenant couvrant entre 15 et 20 maladies supplémentaires ayant un taux d'occurrence moins élevé. Il arrive également qu'un assureur offre une protection de base pour l'ensemble des maladies. Dans ce dernier cas, les avenants que peut souscrire l'assuré concernent d'autres avantages, comme l'exonération des primes.

6.2.2. Les définitions des maladies et des interventions

Dans le domaine de l'assurance contre les maladies graves, les définitions occupent une place centrale, puisqu'elles établissent le risque assuré. Elles sont généralement cohérentes avec celles utilisées dans le monde médical, et ce, afin de réduire les cas de litiges et d'abus. Afin de favoriser une bonne compréhension de l'étendue de la protection contre les maladies graves, nous définissons ici les principales maladies couvertes en nous basant sur les définitions utilisées par la majorité des compagnies d'assurance. Les définitions présentent certaines limitations et exclusions afin d'éviter un nombre excessif de réclamations.

Ces définitions ne sont données qu'à titre indicatif, car elles peuvent varier d'une compagnie à l'autre. L'objectif est de familiariser le lecteur avec ce type de protection et non de lui faire mémoriser les particularités liées à chacune des définitions.

La crise cardiaque

La crise cardiaque est définie comme la manifestation aiguë de symptômes cardiaques accompagnée d'une nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'un apport sanguin inadéquat et attesté par :

- de nouvelles variations au tracé de l'électrocardiogramme (ECG) indiquant un infarctus du myocarde;

- l'élévation des enzymes cardiaques à des niveaux considérés comme diagnostiques d'un infarctus aigu.

La crise cardiaque, telle qu'elle est définie aux fins de l'assurance, ne comprend pas la constatation fortuite de variations au tracé de l'ECG suggérant un infarctus du myocarde subi antérieurement, en l'absence d'un événement corroborant.

Le cancer

La protection contre les maladies graves couvre des cancers potentiellement mortels. Aux fins de l'assurance, il y a cancer lorsqu'il y a présence d'une tumeur caractérisée par la croissance désordonnée, la prolifération des cellules malignes et l'invasion des tissus.

L'accident cérébrovasculaire

L'ACV est défini comme un accident causant des séquelles neurologiques et attribuable à une thrombose, à une hémorragie intracrânienne ou à une embolie de source extracrânienne. Un déficit neurologique objectif et mesurable doit être attesté.

La définition de l'ACV exclut les accidents ischémiques transitoires. De plus, les infarctus lacunaires qui ne sont pas compatibles avec les signes et les symptômes cérébrovasculaires courants ne sont pas considérés comme une preuve satisfaisante d'ACV.

Le pontage aorto-coronarien

Le pontage aorto-coronarien est défini comme une chirurgie visant à corriger le rétrécissement ou le blocage d'une ou de plusieurs artères coronariennes au moyen de greffes. La définition n'inclut pas des techniques de revascularisation parallèles comme l'angioplastie par ballonnet, le dégagement au laser d'une artère obstruée ou d'autres procédures intra-artérielles.

La sclérose en plaques

La définition de sclérose en plaques correspond à son diagnostic clinique. Elle est caractérisée par :

- la survenance d'au moins deux épisodes cliniquement documentés d'anomalies neurologiques bien définies, séparés, par exemple, par au moins un mois et persistant pendant une période continue, au moins six mois, par exemple ;

- une preuve objective de lésions à plus d'un endroit dans le système nerveux central, confirmée par des techniques établies d'exploration ou d'imagerie, en conformité avec les critères énumérés dans Paty DW *et al.*, *Imagerie de résonance magnétique (IRM) dans le diagnostic de la sclérose en plaques*.

Le diagnostic de sclérose en plaques doit être posé par un neurologue.

La maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est couverte par la protection à la condition que l'assuré en soit atteint avant son 65^e anniversaire et que la maladie :

- soit corroborée par la détérioration progressive de la mémoire et de la capacité de raisonner, de percevoir, de comprendre, d'exprimer des idées et d'y donner suite, conformément aux critères de la maladie d'Alzheimer figurant dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e éd. (DSM-IV);
- soit d'une gravité telle que l'assuré est incapable de vivre de façon indépendante et requiert un minimum de huit heures de supervision quotidienne.

La maladie d'Alzheimer ne comprend pas d'autres maladies neuro-végétatives ni d'autres troubles psychiatriques.

La maladie de Parkinson

La maladie de Parkinson est couverte par la protection à la condition que l'assuré en soit atteint avant son 65^e anniversaire, que la maladie soit permanente et qu'elle entraîne une détérioration neurologique significative ou une perte de la fonction cognitive.

Le niveau de détérioration neurologique ou de perte de la fonction cognitive doit être suffisant pour entraîner une incapacité à effectuer au moins deux des six activités de la vie quotidienne suivantes, alors que l'assuré participe à un programme de traitements médicaux accepté :

- habillement : la capacité de se vêtir, de retirer, d'attacher et de détacher tous les vêtements nécessaires;
- soins de toilette : la capacité d'aller à la salle de bains et d'en revenir, et de veiller à son hygiène personnelle;
- transfert : la capacité de se mettre au lit et d'en sortir, et de s'asseoir sur une chaise et de se relever;
- alimentation : la capacité de prendre de la nourriture dans une assiette et de la porter à sa bouche;
- conduite automobile : la capacité de conduire légalement un véhicule motorisé;

- mobilité : la capacité de marcher 10 mètres sans aide.

La greffe d'un organe principal

La définition de greffe d'un organe principal fait référence au remplacement médicalement nécessaire du cœur, d'un poumon, du foie, d'un rein, du pancréas ou de la moelle osseuse, à la suite de l'insuffisance de cet organe ou tissu. L'organe ou le tissu de remplacement doit provenir d'un donneur compatible selon les procédures médicales généralement acceptées. La transplantation de l'organe doit être effectuée.

La paralysie

La paralysie consiste en la perte totale du mouvement volontaire des deux bras, des deux jambes ou d'un bras et d'une jambe, à la suite d'une blessure ou d'une maladie de l'apport nerveux.

L'insuffisance rénale

L'insuffisance rénale est définie comme une néphropathie terminale entraînant une insuffisance irréversible chronique des deux reins. L'hémodialyse régulière, la dialyse péritonéale ou une greffe de rein doit être entreprise par suite de l'insuffisance rénale.

Le coma

Le coma est défini comme un état d'inconscience et d'absence de réaction aux stimuli externes ou de réponses aux besoins internes pendant une période continue de quatre jours. Le maintien des fonctions vitales est requis pendant toute la période d'inconscience.

La cécité

La cécité est la perte irréversible de la vision des deux yeux, caractérisée par :

- une acuité visuelle corrigée inférieure à 20/200 des deux yeux ; ou
- un champ de vision inférieur à 20 degrés dans les deux yeux.

Le diagnostic de cécité doit être posé par un ophtalmologue.

Les brûlures graves

La protection couvre des brûlures au troisième degré affectant au moins 20 % de la surface du corps, selon la table de Lund et Browder. Les brûlures doivent être diagnostiquées par un médecin.

La perte de la parole

La perte de la parole est définie comme la perte totale et irréversible de la capacité de parler, en conséquence directe de dommages aux cordes vocales à la suite d'une blessure ou d'une maladie.

Le VIH professionnel

La protection contre les maladies graves couvre l'infection par le VIH uniquement si elle est contractée au travail. La prestation est également conditionnelle au respect des critères suivants :

- l'exposition accidentelle doit avoir été déclarée à l'assureur dans les 14 jours suivant l'événement;
- tous les tests de détection d'anticorps anti-VIH doivent avoir été effectués par des établissements approuvés par l'assureur;
- l'exposition accidentelle doit avoir été déclarée, avoir fait l'objet d'une enquête et avoir été documentée en conformité avec les pratiques de prudence en milieu de travail et avec toute loi, tout règlement et toute ligne directrice applicables.

L'indemnité pour maladies graves n'est pas payable si l'assuré a choisi de ne pas suivre tout traitement homologué approuvé par Santé Canada et offrant une protection contre le VIH.

La perte de membres

La perte de membres est définie comme une mutilation consistant en la section complète de deux membres ou plus au niveau des articulations du poignet ou de la cheville, à la suite d'une blessure ou d'une amputation médicalement nécessaire.

La surdité

La surdité est la perte irréversible de l'ouïe des deux oreilles, avec un seuil d'audition d'en moyenne 90 décibels ou plus à des fréquences de 500, de 1 000 et de 2 000 hertz dans chaque oreille.

6.3. Les types de contrats

Comme de nombreux autres produits d'assurance, la protection contre les maladies graves est offerte dans différents types de contrats. Ces contrats proposent diverses possibilités en ce qui concerne les prestations et les primes payables. Les six types de contrats les plus courants sont les suivants.

La prestation uniforme vie entière à prime uniforme

Ce type de contrat permanent propose une couverture jusqu'à l'âge de 100 ans. Les primes sont garanties et restent les mêmes jusqu'à l'expiration du contrat.

La prestation uniforme jusqu'à 75 ans

Cette forme de contrat couvre l'assuré, tant qu'il paie ses primes, jusqu'à l'âge de 75 ans.

La prestation uniforme jusqu'à 75 ans, prime libérée à 65 ans

Ce contrat offre une protection contre les maladies graves jusqu'à l'âge de 75 ans. Sa particularité vient du fait que l'assuré n'assume les primes que jusqu'à l'âge de 65 ans. Il est donc exempté du paiement des primes au cours des 10 dernières années de protection.

La prestation uniforme jusqu'à 65 ans

Cette forme de contrat couvre l'assuré, tant qu'il paie ses primes, jusqu'à l'âge de 65 ans.

La prestation temporaire 10 ans, renouvelable jusqu'à 75 ans, transformable jusqu'à 65 ans

Ce contrat offre une couverture jusqu'à l'âge de 75 ans. Le montant des primes est garanti par tranches de 10 ans. Enfin, l'assuré a la possibilité de transformer son contrat en protection vie entière à prime uniforme jusqu'à l'âge de 65 ans. Ce type de contrat offre ainsi une certaine flexibilité à l'assuré.

La prestation décroissante

Ce type de contrat est souvent utilisé dans le but de protéger le remboursement d'un prêt hypothécaire. Les prestations auxquelles il donne droit diminuent annuellement.

6.4. L'application de la garantie

L'indemnité est versée directement à l'assuré de son vivant. L'application de la garantie n'est pas liée à la capacité de travail de l'assuré. Du moment que ce dernier reçoit un diagnostic de maladie grave et qu'il satisfait au délai de carence prescrit, il touche la prestation établie par la police.

6.4.1. Le délai de carence

En assurance contre les maladies graves, le délai de carence est généralement de 14 ou 30 jours. L'assuré doit survivre à sa maladie au cours de cette période afin que l'indemnité soit payable. Par contre, certains contrats prévoient le versement d'un pourcentage de la somme totale de la protection au moment où le médecin diagnostique l'une des maladies couvertes par la police.

Les délais de carence peuvent sensiblement varier d'un assureur à l'autre. Il faut donc faire une lecture attentive du contrat souscrit afin de connaître les périodes à satisfaire pour chacune des maladies couvertes en vertu de ce contrat.

6.4.2. L'utilisation des sommes

L'assureur n'a pas droit de regard sur l'utilisation des sommes remises à l'assuré lorsque le délai de carence est satisfait. L'assuré n'est pas tenu d'utiliser sa prestation pour couvrir des frais relatifs à sa maladie. Il peut en faire usage pour réduire ses dettes, effectuer un rachat de parts d'entreprise ou prendre des vacances.

La protection contre les maladies graves ne couvre qu'un événement. Le contrat expire à la suite du paiement d'une seule indemnité. Il n'est donc pas possible d'effectuer deux réclamations en vertu d'un même contrat.

6.4.3. La sélection des risques

En raison des probabilités importantes de souffrir d'une maladie grave, les principaux facteurs d'assurabilité d'un individu sont :

- son état de santé;
- ses antécédents familiaux et médicaux;
- ses habitudes de vie;
- sa profession;
- sa situation financière;

- son lieu de résidence.

L'assureur examine minutieusement ces facteurs. C'est pourquoi la protection contre les maladies graves comporte un nombre élevé de surprimes, et qu'on refuse d'accorder cette protection aux individus qui présentent un risque trop élevé.

6.4.4. Les traitements médicaux menant au refus

Un passé médical comportant des traitements pour certaines maladies ou dépendances entraîne généralement un rejet de la demande d'assurance d'un individu. Ces traitements concernent habituellement :

- le SIDA, affection liée au SIDA ou au VIH positif;
- l'alcoolisme, au cours des deux dernières années;
- la sclérose latérale amyotrophique ou maladie de Lou Gehrig;
- la maladie d'Alzheimer;
- l'angine;
- le cancer;
- le pontage coronarien ou l'angioplastie;
- la fibrose kystique;
- le diabète (insulinodépendant ou non insulinodépendant pour les moins de 40 ans);
- la consommation de drogues (autre que la consommation de marijuana en société) au cours des trois dernières années;
- la crise cardiaque;
- l'hémophilie;
- l'hépatite chronique;
- la chorée de Huntington;
- la maladie du rein chronique ou l'insuffisance rénale;
- la greffe chirurgicale importante;
- la sclérose en plaques;
- la dystrophie musculaire;
- la maladie de Parkinson;
- la paralysie permanente;
- la fibrose pulmonaire;
- l'accident cérébrovasculaire ou l'accident ischémique transitoire (AIT);

- le lupus érythémateux disséminé (LED).

6.4.5. L'indemnité maximale

L'indemnité maximale offerte par les compagnies d'assurance n'est pas uniforme. La détermination de la prestation maximale est habituellement fonction du salaire de l'assuré. Ainsi, pour remplacer sa perte de revenus, l'assuré peut souscrire une protection de trois, cinq ou sept fois son salaire. La prestation maximale peut atteindre un million et parfois plus. Les individus sans revenu peuvent, quant à eux, souscrire une protection pouvant atteindre 250 000 \$.

Dans le cas d'une protection pour personne clé, un plafond est généralement établi à une somme équivalant à trois fois le salaire annuel et les bonis.

Dans le cas d'une assurance visant un emprunt commercial, l'indemnité maximale sera fixée au montant équivalant à la part de l'emprunt attribuable à l'assuré.

Enfin, lorsque la protection vise le rachat de parts, la prestation maximale équivaut au montant total de la part de la valeur commerciale de l'entreprise appartenant à l'assuré. Dans ce dernier cas, tous les associés détenteurs de plus de 10 % de la valeur de l'entreprise doivent être couverts par l'assurance, et ce, proportionnellement à leur participation respective.

6.4.6. Le remboursement des primes au décès

Généralement, cette clause est offerte d'office dans les contrats couvrant les maladies graves. Elle stipule qu'advenant le décès de l'assuré avant que le délai de carence soit satisfait ou à la suite de tout trouble non couvert par l'assurance, seules les primes seront remboursées au titulaire ou à sa succession lorsque le titulaire est aussi l'assuré.

Lorsqu'elle n'est pas offerte d'office, cette clause peut être ajoutée à titre de garantie facultative.

6.5. Les garanties facultatives

À l'instar de nombreuses autres protections, l'assurance de base contre les maladies graves peut être bonifiée par l'ajout de garanties facultatives. Ces dernières permettent de répondre adéquatement aux besoins particuliers des individus. Les garanties facultatives les plus courantes concernent l'exonération des primes en cas d'invalidité, le remboursement des primes, la transformation de la protection et, enfin, l'avenant pour enfants.

6.5.1. L'exonération des primes

La garantie d'exonération des primes, comme son nom l'indique bien, permet à l'assuré détenteur d'une protection contre les maladies graves d'être exempté des primes payables advenant une situation d'invalidité. Certaines compagnies d'assurance exigent la satisfaction d'un délai de carence préalablement à l'application de cette garantie.

6.5.2. Le remboursement des primes

La garantie de remboursement des primes consiste en la remise en argent des primes payées dans le cas où l'assuré n'a présenté aucune demande de réclamation durant la période de couverture du contrat.

Cette garantie facultative se présente généralement sous deux formes.

La première forme consiste en un remboursement à l'âge de 75 ans. Ainsi, lorsqu'un assuré souscrit un contrat jusqu'à 75 ans et qu'à l'expiration de celui-ci, il n'a pas fait de réclamation, il obtient le remboursement des primes payées.

La deuxième forme consiste en un remboursement des primes au décès de l'assuré si le décès survient avant l'expiration du délai de carence et si l'assuré n'a pas présenté de demande de réclamation en vertu de sa protection contre les maladies graves.

6.5.3. La transformation de la protection

La garantie de transformation donne la possibilité à l'assuré de transformer une protection temporaire en protection permanente, sans preuve d'assurabilité.

6.5.4. L'avenant pour enfants

Enfin, l'avenant pour enfants peut être ajouté à la protection d'un parent qui désire détenir une assurance contre les maladies graves couvrant ses enfants. Toutefois, les maladies couvertes par cette garantie facultative diffèrent de celles du contrat principal. Par exemple, l'avenant couvrira le syndrome de Down (trisomie), la fibrose kystique et la dystrophie musculaire.

Rappel

Voici les notions importantes à retenir de ce chapitre.

- La protection contre les maladies graves vise à procurer à l'assuré un montant forfaitaire, de son vivant, afin de le soulager du fardeau financier qui peut suivre le diagnostic d'une maladie grave.
- Certains assureurs offrent un contrat de base couvrant les trois maladies les plus courantes, soit la crise cardiaque, le cancer et l'accident cérébrovasculaire. Ensemble, ces maladies couvrent 85 % du risque de souffrir d'une maladie grave. Ce contrat de base peut être bonifié d'un avenant couvrant environ 15 maladies supplémentaires ayant un taux d'occurrence moins élevé.
- Il existe six principaux types de contrats couvrant les maladies graves :
 - la prestation uniforme vie entière à prime uniforme;
 - la prestation uniforme jusqu'à 75 ans;
 - la prestation uniforme jusqu'à 75 ans, prime libérée à 65 ans;
 - la prestation uniforme jusqu'à 65 ans;
 - la prestation temporaire 10 ans, renouvelable jusqu'à 75 ans, transformable jusqu'à 65 ans;
 - la prestation décroissante.
- En raison des probabilités importantes qu'elle souffre un jour d'une maladie grave, l'état de santé, les antécédents familiaux et médicaux, les habitudes de vie, la profession, la situation financière et le lieu de résidence de la personne à assurer sont minutieusement examinés par l'assureur. Cette situation explique également pourquoi la protection contre les maladies graves comporte un taux de surprimes plus élevé que celui de nombreux autres produits d'assurance, et qu'on refuse plus souvent, dans ce domaine, d'accorder la protection à certains individus.
- Dans les contrats couvrant les maladies graves, la détermination de la prestation maximale, pour un assuré, est habituellement fonction de son salaire. Ainsi, pour remplacer sa perte de revenu, l'assuré peut souscrire une protection représentant trois, cinq ou sept fois son salaire. Les individus sans revenu peuvent, quant à eux, souscrire une protection pouvant atteindre 250 000 \$.
- L'assurance de base contre les maladies graves peut être bonifiée par l'ajout de garanties facultatives. Ces dernières permettent de répondre de façon plus adéquate aux besoins particuliers des individus.

Il est suggéré de répondre aux questions de l'exercice d'autoévaluation qui suit, afin de bien avoir à l'esprit les notions traitées dans le chapitre 6.

Puis, il est possible de vérifier vos réponses en consultant le corrigé de l'exercice d'autoévaluation qui se trouve à la fin de ce chapitre.

Exercice d'autoévaluation

Répondez aux questions de l'exercice d'autoévaluation. Les questions qui suivent ont pour but de vous faire réviser les sujets traités dans le chapitre. Pour chacune des questions, encerclez la bonne réponse.

Répondez aux questions 1 et 2 en vous référant à la mise en situation suivante.

Lucie détient une assurance contre les maladies graves. Sa protection couvre l'infection par le VIH et l'insuffisance rénale.

Question 1

Lucie contracte le VIH. Parmi les énoncés suivants, lequel ne constitue pas une condition à respecter afin qu'une indemnité lui soit versée ?

- a) Lucie devra déclarer son exposition accidentelle à l'infection par le VIH à l'assureur dans les 21 jours suivant l'événement.
- b) Lucie devra avoir contracté la maladie au travail.
- c) Lucie devra suivre tout traitement homologué approuvé par Santé Canada et offrant une protection contre le VIH.
- d) Tous les tests de détection d'anticorps anti-VIH doivent avoir été effectués par des établissements approuvés par l'assureur.

Question 2

Quelques années après avoir contracté le VIH et avoir été indemnisée en vertu de son contrat contre les maladies graves, Lucie développe une insuffisance rénale. Dans ces circonstances, Lucie :

- a) recevra l'indemnité prévue au contrat en cas de maladie grave après avoir satisfait au délai de carence.
- b) recevra une indemnité réduite selon les termes établis au contrat.
- c) ne recevra pas d'indemnité, car la protection ne couvre que les trois maladies graves les plus importantes après une première réclamation.
- d) ne recevra pas d'indemnité, car la protection ne couvre qu'un événement donnant lieu à une réclamation pour maladie grave.

Question 3

Hélène a reçu un diagnostic de paralysie. Son contrat d'assurance contre les maladies graves couvre cette affection.

À quel délai de carence Hélène devra-t-elle satisfaire afin d'avoir droit à son indemnité ?

- a) 30 jours
- b) 60 jours
- c) 90 jours
- d) 120 jours

Question 4

Quelles sont les trois maladies graves les plus importantes couvertes par la protection contre les maladies graves ?

- a) La crise cardiaque, le cancer et l'accident cérébrovasculaire.
- b) Le cancer, la paralysie et la perte d'un membre.
- c) La crise cardiaque, le cancer et la perte d'un membre.
- d) Le cancer, la maladie d'Alzheimer et l'accident cérébrovasculaire.

Question 5

Quel pourcentage du risque de souffrir d'une maladie grave est couvert par ces trois maladies ?

- a) 75 %
- b) 80 %
- c) 85 %
- d) 90 %

Question 6

Jusqu'à quel moment le contrat de prestation uniforme vie entière à prime uniforme propose-t-il une couverture contre les maladies graves ?

- a) Jusqu'au décès de l'assuré.
- b) Jusqu'à l'âge de 100 ans.
- c) Jusqu'à l'âge de 99 ans.
- d) Jusqu'à l'âge de 90 ans.

Corrigé de l'exercice d'autoévaluation

Réponse 1

Lucie contracte le VIH. Parmi les énoncés suivants, lequel ne constitue pas une condition à respecter afin qu'une indemnité lui soit versée ?

- a) **Lucie devra déclarer son exposition accidentelle à l'infection par le VIH à l'assureur dans les 21 jours suivant l'événement.**
- b) Lucie devra avoir contracté la maladie au travail.
- c) Lucie devra suivre tout traitement homologué approuvé par Santé Canada et offrant une protection contre le VIH.
- d) Tous les tests de détection d'anticorps anti-VIH doivent avoir été effectués par des établissements approuvés par l'assureur.

Réponse 2

Quelques années après avoir contracté le VIH et avoir été indemnisée en vertu de son contrat contre les maladies graves, Lucie développe une insuffisance rénale. Dans ces circonstances, Lucie :

- a) recevra l'indemnité prévue au contrat en cas de maladie grave après avoir satisfait au délai de carence.
- b) recevra une indemnité réduite selon les termes établis au contrat.
- c) ne recevra pas d'indemnité, car la protection ne couvre que les trois maladies graves les plus importantes après une première réclamation.
- d) **ne recevra pas d'indemnité, car la protection ne couvre qu'un événement donnant lieu à une réclamation pour maladie grave.**

Réponse 3

Hélène a reçu un diagnostic de paralysie. Son contrat d'assurance contre les maladies graves couvre cette affection.

À quel délai de carence Hélène devra-t-elle satisfaire afin d'avoir droit à son indemnité ?

- a) **30 jours**
- b) 60 jours
- c) 90 jours
- d) 120 jours

Réponse 4

Quelles sont les trois maladies graves les plus importantes couvertes par la protection contre les maladies graves ?

- a) **La crise cardiaque, le cancer et l'accident cérébrovasculaire.**
- b) Le cancer, la paralysie et la perte d'un membre.
- c) La crise cardiaque, le cancer et la perte d'un membre.
- d) Le cancer, la maladie d'Alzheimer et l'accident cérébrovasculaire.

Réponse 5

Quel pourcentage du risque de souffrir d'une maladie grave est couvert par ces trois maladies ?

- a) 75 %
- b) 80 %
- c) **85 %**
- d) 90 %

Réponse 6

Jusqu'à quel moment le contrat de prestation uniforme vie entière à prime uniforme propose-t-il une couverture contre les maladies graves ?

- a) Jusqu'au décès de l'assuré.
- b) **Jusqu'à l'âge de 100 ans.**
- c) Jusqu'à l'âge de 99 ans.
- d) Jusqu'à l'âge de 90 ans.

Retour sur les apprentissages

Cette activité d'objectivation vous permettra d'évaluer vos points forts et vos points faibles quant au développement des sous-éléments de compétence visés par ce chapitre. Vous pourrez tirer profit de cette expérience d'apprentissage en vous fixant de nouvelles stratégies pour les atteindre.

Répondez aux questions du tableau à l'aide de l'échelle suivante :



Chapitre 6

La protection contre les maladies graves

Est-ce que je maîtrise les notions et les compétences qui me permettraient :				
De comprendre le but de la protection contre les maladies graves ?	1	2	3	4
De reconnaître les maladies et les situations critiques couvertes par cette assurance ?	1	2	3	4
De distinguer les différents types de contrats ?	1	2	3	4
D'expliquer l'application de la garantie	1	2	3	4
D'identifier les garanties facultatives ?	1	2	3	4

Estimez-vous maîtriser tous ces sous-éléments de compétence ? Si oui, félicitations ! Vous êtes maintenant en mesure de poursuivre avec le prochain chapitre.

Si vous en doutez, il est recommandé de revoir les sections traitant des sous-éléments de compétence non maîtrisés. Vous devriez revoir les notions qui vous permettront d'améliorer votre maîtrise de chaque sous-élément de compétence. N'oubliez pas de mettre à jour votre plan d'étude !

Lorsque vous serez satisfait de votre compréhension, passez au chapitre suivant.

Chapitre 7

La tarification et la sélection des risques

Élément de la compétence

- Distinguer les éléments ayant un impact sur la tarification et la sélection des risques en assurance invalidité.

Sous-éléments de la compétence

- Établir les principaux facteurs de tarification en assurance invalidité;
- Définir les principaux facteurs d'assurabilité et leurs caractéristiques;
- Expliquer le concept de classification lié aux activités professionnelles et extraprofessionnelles de l'assuré;
- Discerner les principales composantes de la tarification financière;
- Développer une vue d'ensemble des fonctions assumées par le service de la souscription dans l'évaluation des propositions d'assurance invalidité;
- Décrire les étapes du processus de réclamation et les principaux aspects liés au processus.

Contenu

- Les facteurs de tarification;
- Les facteurs d'assurabilité;
- Les activités professionnelles et extraprofessionnelles;
- La tarification financière;
- Le service de la souscription;
- Le processus de réclamation.

Activités d'apprentissage

- Lecture;
- Exercice d'autoévaluation;
- Corrigé de l'exercice d'autoévaluation.

7. La tarification et la sélection des risques

Le septième chapitre de ce manuel donne un aperçu général de la tarification et de la sélection des risques en assurance invalidité. Il se divise en six sections.

La première section traite des principaux facteurs de tarification. Elle aborde la notion de probabilité de réalisation du risque d'invalidité (taux de morbidité).

La seconde section traite des différents facteurs d'assurabilité en assurance invalidité et de leurs caractéristiques. Elle développe plus en profondeur les risques médicaux, les risques liés à l'emploi et les risques non assurables.

La troisième section s'articule autour des activités professionnelles et extraprofessionnelles des individus souscrivant l'assurance invalidité. Plus spécifiquement, elle traite de la classification professionnelle des assurés selon le risque présenté par leurs fonctions.

La quatrième section établit les principales composantes de la tarification financière. Elle aborde les notions de limites d'établissement et de revenu gagné. Elle traite également des documents financiers requis selon la situation professionnelle de l'assuré. Enfin, elle effectue un bref survol du calcul de la prime et des conditions de réduction de cette dernière.

La cinquième section donne un aperçu du rôle joué par le service de la souscription en assurance invalidité. Elle traite des différences dans l'évaluation des propositions selon le type de contrat. Elle aborde également les processus de vérification et de confirmation des données soumises par le proposant.

Enfin, la dernière section du chapitre donne une vue d'ensemble du processus de réclamation en cas d'invalidité. Elle traite de la consultation médicale, des délais associés au processus, des formulaires requis, des frais de règlement et, enfin, du versement de l'indemnité.

7.1. Les facteurs de tarification

Les facteurs de tarification constituent une composante centrale de l'établissement du taux de la prime en assurance invalidité. Les principaux facteurs sont le taux de morbidité, les coûts opérationnels et les revenus de placement sur les primes perçues; ces facteurs servent de base à l'évaluation du risque d'invalidité que présente l'assuré. La loi des grands nombres et le calcul des probabilités permettent d'établir des tables de morbidité servant à prévoir le nombre de sinistres qui surviendront parmi diverses catégories d'assurés et, ainsi, à établir les coûts de couverture.

7.1.1. Le taux de morbidité

Le taux de morbidité varie selon le profil des assurés. L'âge, le type d'emploi et le sexe des individus couverts constituent quelques-uns des facteurs faisant fluctuer le risque qu'assume l'assureur. Par exemple, le facteur lié au sexe de l'assuré joue en faveur des hommes dans le calcul de la prime. En 2006, selon Statistique Canada, les femmes perdaient en moyenne 8,8 jours de travail par année pour cause de maladie ou d'incapacité, comparativement à 6,7 jours pour les hommes.

Le tableau 7.1 présente un exemple de table de morbidité sur la base de l'âge des assurés. La table indique les risques de devenir totalement invalide pendant plus de 90 jours et la durée moyenne de l'invalidité advenant ce cas. La probabilité d'invalidité est plus grande chez les individus de 25 ans que chez les personnes ayant atteint 45 ans. Toutefois, la durée moyenne de l'invalidité est plus importante chez les individus du second groupe.

Tableau 7.1 Exemple de table de morbidité selon l'âge de l'assuré

Âge	% de risque	Durée moyenne de l'invalidité
25	58	1,2 an
30	54	2,5 ans
35	50	2,8 ans
40	45	3,1 ans
45	40	3,2 ans
50	30	3,1 ans
55	25	2,6 ans
60	14	1,6 an

7.1.2. Les coûts opérationnels

Les coûts opérationnels influencent à la hausse le niveau de prime. Ils comprennent principalement les frais administratifs assumés par l'assureur, les services actuariels, les coûts de souscription et de perception des primes ainsi que les frais liés au contrôle des sinistres et au versement des indemnités.

7.1.3. Les revenus de placement

L'assureur prend en considération l'intérêt perçu sur l'investissement des primes versées par les assurés lors de l'exercice de tarification. Le contrat d'assurance invalidité étant généralement valide jusqu'à ce que l'assuré atteigne l'âge de 65 ans, l'assureur doit prévoir un rendement à long terme sur les sommes qu'il administre. Les taux d'intérêt projetés sont modérés, mais ils contribuent à la réduction du taux de la prime des polices à long terme ou à prime unique.

7.2. Les facteurs d'assurabilité

L'évaluation du risque d'invalidité constitue un paramètre important en assurance invalidité. Afin de procéder à cette évaluation, l'assureur doit tenir compte de divers facteurs d'assurabilité concernant l'assuré, dont les facteurs suivants :

- l'âge et le sexe;
- l'état de santé actuel;
- les antécédents médicaux et familiaux;
- les habitudes de vie;
- le lieu de résidence;
- la pratique de sports dangereux;
- la catégorie d'emploi;
- le lieu de travail;
- les revenus gagnés et non gagnés;
- les protections d'invalidité existantes.

Afin de dresser un portrait relativement complet des facteurs d'assurabilité, la présente section traitera plus en profondeur des risques médicaux, des risques liés à l'emploi et des risques non assurables.

7.2.1. Les risques médicaux

En raison de la nature de la couverture en assurance invalidité, une attention particulière est portée aux risques médicaux. Le nombre de réclamations étant beaucoup plus élevé en assurance invalidité qu'en assurance vie, l'assureur se doit d'évaluer la proposition d'assurance avec plus d'attention.

Comme de nombreux maux ne menaçant pas la vie des individus peuvent toutefois causer l'invalidité ou nécessiter des soins médicaux (maux de dos, troubles psychologiques, blessures mineures, etc.), il va de soi que l'assureur doit prendre certaines précautions avant de fournir à la personne à assurer un contrat d'assurance invalidité. L'impact d'un état malade sur les probabilités et sur la période d'invalidité doit également être pris en compte. En effet, un individu atteint d'hypertension artérielle présente un risque accru de blessures. Il pourrait, par exemple, être pris de vertiges alors qu'il conduit sa voiture et subir de multiples fractures lors de l'accident qui en résulterait. De même, une maladie cardiaque ou le diabète peut aggraver un état d'invalidité et ainsi prolonger la durée de l'incapacité.

7.2.1.1. Les antécédents médicaux

Lors de l'étude des antécédents médicaux, l'assureur tient principalement compte des facteurs suivants :

- la possibilité d'une récurrence, si la personne à assurer a déjà souffert d'une affection quelconque ;
- les répercussions des antécédents médicaux sur la santé de la personne à assurer ;
- les complications qui peuvent survenir ultérieurement ;
- la progression normale d'une affection ;
- l'incidence de cette progression normale advenant une invalidité ultérieure non liée à l'affection.

7.2.1.2. Le traitement du risque

Lorsque le risque présenté par une affection est important, le tarificateur peut :

- exclure l'affection du contrat d'assurance invalidité ;
- accorder la protection, mais avec une surprime ;
- prolonger le délai de carence ;
- réduire la période d'indemnisation ;
- réduire les indemnités.

L'exclusion

L'assureur a généralement recours à l'exclusion lorsque la probabilité de récurrence est élevée et que le problème de santé est facilement établi et limité – par exemple, le syndrome du tunnel carpien ou la dépression nerveuse. Il faut alors procéder à l'exclusion de cette condition en précisant la région affectée ou le trouble.

L'avenant d'exclusion permet à la compagnie de couvrir un individu qui n'aurait pas pu être couvert autrement en raison du niveau de risque présenté par son état. Les exclusions ciblent généralement :

- les maux de dos ;
- les troubles rénaux ;
- l'asthme ;
- les troubles intestinaux ;
- les troubles psychologiques.

Dans certains cas, il arrive que l'exclusion soit temporaire. Par exemple, la durée d'invalidité liée aux hémorroïdes est généralement courte. Dans ce cas, il est possible d'inclure un avenant d'exclusion limité pour cette affection. La période d'exclusion peut être de 60 ou 90 jours. À la suite de cette période, la compagnie d'assurances assume le risque lié à l'affection si l'assuré en fait la demande. Elle doit donc verser une indemnisation advenant une invalidité persistante chez l'assuré.

La surprime

La surprime est réservée aux individus dont l'état de santé général prédispose à une incidence de maladies ou de blessures plus importante que la normale mais dont les risques, non circonscrits, seraient impossibles à exclure.

Par exemple, l'usage du tabac génère un risque plus élevé d'invalidité et les compagnies d'assurances majorent la prime selon le risque qu'il représente. L'âge, le sexe, les habitudes de consommation, l'état de santé sont entre autres des facteurs qui influencent le taux de prime. L'embonpoint est un autre exemple; cette condition physique augmente les probabilités de développer du diabète, des problèmes cardiaques ou des blessures aux articulations.

Il serait impossible pour un assureur d'exclure spécifiquement un problème de santé susceptible d'engendrer d'autres conséquences pouvant à leur tour entraîner une invalidité. Dans ce cas, l'assureur établit plutôt une surprime.

La prolongation du délai de carence

La prolongation du délai de carence remplace l'avenant d'exclusion dans le cas de troubles de santé mineurs tels les maladies de peau et les problèmes d'articulations. Dans ce cas, le contrat est établi avec un délai de carence plus long que prévu (par exemple, 60 jours au lieu de 30 jours). Cela a pour effet de réduire considérablement les probabilités d'indemnisation de l'individu atteint d'affections légères.

La réduction des indemnités ou de la période de prestation

Afin d'éviter une surprime, l'assureur peut réduire :

- le montant des indemnités; et/ou
- la période de prestation, l'établissant par exemple à 24 ou 60 mois au lieu d'émettre un contrat valide jusqu'à l'âge de 65 ans.

7.2.2. Les risques liés à l'emploi

Dans l'optique de se protéger de la couverture d'un risque excessif, les assureurs imposent certaines conditions d'assurabilité liées à l'emploi.

Par exemple, les individus détenant un emploi à temps partiel doivent répondre aux critères suivants :

- faire partie de la classe d'assurés des employés de bureau;
- travailler au moins 20 heures par semaine sur une base régulière;
- démontrer une stabilité d'emploi depuis au moins deux ans;
- gagner un revenu équivalant à 12 000 \$ annuellement.

Les travailleurs saisonniers

Les travailleurs saisonniers doivent généralement occuper leur emploi pour une période de neuf mois ou plus. Il est également courant de voir leur délai de carence majoré à 120 jours afin de tenir compte de la période couverte par l'assurance-emploi.

Le travail à domicile

Le travail à domicile pose divers problèmes en ce qui a trait aux réclamations. En effet, il est ardu d'établir si l'assuré travaille ou non lors d'une invalidité, d'évaluer la perte de revenu ou l'incapacité d'effectuer certaines tâches.

Ainsi, afin d'être assurable, un individu doit généralement quitter sa demeure pour vaquer à ses occupations professionnelles dans une proportion de son temps de travail équivalant à 30 %. Les professionnels ayant un bureau à domicile afin d'y accueillir leurs clients sont admissibles à la couverture en cas d'invalidité (médecins, dentistes, comptables, avocats, psychologues), et ce, même s'ils n'effectuent pas 30 % de leur travail à l'extérieur de leur domicile.

En raison de l'essor du travail à domicile, certains assureurs évaluent les propositions sur une base individuelle afin d'en établir le risque. Il leur est donc possible d'offrir un produit d'assurance adapté pouvant inclure certaines conditions. La police offerte pourrait comporter un délai de carence prolongé, par exemple.

La stabilité d'emploi

La stabilité d'emploi constitue un autre facteur de risque lié à l'emploi. Les individus passant régulièrement d'un emploi à un autre présentent un risque accru pour l'assureur. L'instabilité n'est pas seulement considérée sur une base individuelle. Certains types d'emploi sont caractérisés par un taux de

roulement important affectant le risque à couvrir. Le secteur de la vente constitue un bon exemple de secteur d'activités instable. Enfin, il convient de mentionner qu'un individu ayant un historique d'emploi stable et démarrant sa propre entreprise peut être couvert en échange de garanties de revenus pour l'année à venir. Les preuves doivent être annexées à la proposition.

Les tâches liées au travail

Le risque associé à l'emploi est largement tributaire des tâches faisant partie du travail d'un individu. Ainsi, deux travailleurs atteints d'une affection similaire pourront être indemnisés sur des périodes différentes. À titre d'exemple, il est fort probable qu'une fracture au bras provoque une invalidité plus longue chez un menuisier que chez un avocat. La nature du travail à effectuer peut également être à la source d'une plus grande exposition au risque d'invalidité. Les travailleurs de la construction sont plus vulnérables aux blessures que les travailleurs de bureau, par exemple.

L'environnement

L'environnement de travail constitue un dernier facteur de risque lié à l'emploi. Ainsi, un individu peut effectuer des tâches peu risquées, mais travailler dans un milieu l'exposant à un risque accru d'invalidité. Par exemple, il se peut qu'il soit exposé à d'importantes variations climatiques, qu'il doive composer avec une clientèle difficile ou violente ou effectuer ses tâches dans un environnement agité.

Exemple

Un serveur travaillant dans un bar présente un risque relativement élevé de subir une invalidité, compte tenu qu'il est exposé à l'agressivité ou à la violence de clients en état d'ébriété. Pour cette raison, une assurance invalidité pourrait lui être refusée.

Par contre, un serveur travaillant dans un environnement différent, soit un restaurant, pourrait être accepté.

7.2.3. Les risques non assurables

Les facteurs de risque non assurables sont liés :

- au lieu de résidence;
- au service militaire;
- aux sports dangereux;
- à l'aviation;

- à la connaissance de la langue ;
- aux antécédents.

De plus, certaines professions ne sont pas assurables en raison de leur nature, des faibles revenus qu'elles génèrent ou de la précarité des postes dans le domaine.

Exemples

Éducateurs en service de garde à domicile ;

Comédiens ;

Chanteurs ;

Professionnels du sport.

Le lieu de résidence

Il est peu courant de voir une compagnie assurer des immigrants ne résidant pas au Canada depuis plus d'un an et n'ayant pas obtenu leur statut d'immigrants reçus.

Le service militaire

Les personnes travaillant dans les forces armées ne sont pas admissibles à l'assurance invalidité en raison du niveau de risque associé à leur secteur d'emploi. Toutefois, cette catégorie de travailleurs bénéficie d'une protection offerte par le gouvernement fédéral ou par les Forces armées canadiennes.

Les sports dangereux

Les individus pratiquant un sport professionnel ou semi-professionnel les exposant à un risque important de blessure ne sont pas admissibles non plus à l'assurance invalidité.

Exemples

Boxe ;

Course automobile ;

Alpinisme ;

Chute libre.

L'aviation

Les personnes pratiquant le pilotage récréatif sont généralement assurables. Le type de pilotage pratiqué par l'individu et les heures de vol seront pris en considération lors de l'évaluation du risque. La compagnie d'assurance peut cependant émettre un contrat avec un avenant d'exclusion pour toute réclamation liée à un accident lors de la pratique des activités de pilotage.

La connaissance de la langue

Pour établir un lien contractuel, il est nécessaire que l'assuré comprenne les termes de l'entente. Pour cette raison, les individus ne pouvant lire, écrire ou parler français ou anglais ne sont pas admissibles à la couverture en cas d'invalidité, à moins que l'assureur soit en mesure d'émettre une police dans la langue du client ou que ce dernier signe un document certifiant qu'il a compris les clauses du contrat.

Les antécédents

Le mode de vie antérieur d'un individu peut présenter un risque non assurable selon la compagnie d'assurances. Des antécédents d'alcoolisme, de consommation de drogue ou d'activités criminelles peuvent engendrer un refus de couverture dans le cas où ils remontent, par exemple, à moins de cinq ans. L'assureur peut également refuser de couvrir une personne ayant des antécédents d'infractions répétées au *Code de la route* ou ayant perdu son permis de conduire pour conduite en état d'ébriété. Il peut également émettre un contrat comportant des restrictions et faire la demande de rapports additionnels (par exemple, prise de sang, rapport de la Société de l'assurance automobile du Québec).

7.3. Les activités professionnelles et extraprofessionnelles

Afin d'être en mesure de couvrir plusieurs individus présentant des degrés de risque différents selon leurs activités professionnelles et extraprofessionnelles, les assureurs établissent des classes professionnelles. Ces dernières sont capitales en tarification et en sélection des risques, puisqu'elles déterminent :

- le ou les régime(s) offert(s);
- le montant maximal des indemnités;
- la prime payable;
- les garanties facultatives.

La classification

Compte tenu de l'influence de la classe professionnelle sur la protection d'assurance invalidité, le représentant en assurance de personnes doit faire une description précise de l'emploi de la personne à assurer. Il doit également dresser un portrait de l'entreprise pour laquelle celle-ci travaille puisque, selon le milieu de travail, les risques d'être victime d'un accident ou d'une maladie peuvent grandement varier. Certaines activités extraprofessionnelles peuvent également être prises en considération dans l'évaluation du risque.

La classification utilisée peut être différente d'une compagnie d'assurances à une autre. Toutefois, une certaine homogénéité est généralement observée entre les emplois répertoriés dans une même classe. Les groupements qui suivent donnent un exemple de classification.

La classe 4A

Les professions groupées dans la classe 4A sont celles présentant le niveau de risque le plus faible :

- les professionnels rémunérés à l'acte : médecins, dentistes, avocats;
- les propriétaires d'entreprise et les cadres qui exercent des tâches administratives ou de bureau depuis au moins cinq ans et dont le revenu annuel moyen dépasse un certain montant, par exemple 70 000 \$.

La classe 3A

Les professions groupées dans la classe 3A sont celles comportant un niveau d'activité physique négligeable. Toutefois, cet aspect n'est pas présent dans tous les cas de cette catégorie d'emploi. Il peut s'agir d'un travail de bureau ou de tout autre travail similaire. Pour figurer dans cette classe, l'assuré doit travailler dans un environnement et avec des conditions de travail représentant peu de risque. Ainsi, un commis travaillant sur une plateforme de forage ne pourrait pas être inclus dans cette classe.

Les cadres et les propriétaires d'entreprise occupant des fonctions administratives peuvent être inclus dans la classe 3A si leurs revenus n'atteignent pas le seuil fixé pour la classe supérieure. Toutefois, ils figureront dans une classe inférieure si une partie de leurs tâches non administratives dépasse une certaine proportion de leur temps de travail; par exemple, plus de 20 % de leur temps consacré à la vente itinérante ou au service à la clientèle, ou encore à la fabrication, à la transformation ou au montage d'un produit.

La classe 2A

La classe 2A se situe à un niveau plus élevé sur le continuum de risque lié à la profession. Cette classe regroupe des emplois impliquant généralement plus de tâches de supervision et un peu plus de tâches physiques que la classe 3A.

Elle comprend des propriétaires d'entreprise ou des personnes dont les fonctions comprennent la surveillance ou l'inspection de l'exploitation. Toutefois, dans le cas où l'emploi s'effectue dans le secteur d'une industrie lourde ou d'une industrie comportant un risque accru, les assurés figureront dans une classe plus risquée.

La classe 2A comprend également des professionnels œuvrant dans des secteurs qui imposent des exigences techniques ou hygiéniques pouvant prolonger la période d'invalidité.

Exemples

Technicien en laboratoire;

Téléphoniste;

Cuisinier.

La classe A

La classe A comprend principalement une clientèle d'ouvriers spécialisés ou semi-spécialisés, qu'ils soient employés ou propriétaires d'entreprise. Cette classe regroupe surtout des travailleurs manuels comme les plombiers, les électriciens et les vitriers. Le niveau de risque présenté par la classe A est cependant limité : elle est réservée aux ouvriers spécialisés œuvrant dans les industries légères et à certains ouvriers non spécialisés occupant des fonctions relativement sécuritaires et dont les conditions de travail sont favorables.

Afin de figurer dans cette classe, un individu doit détenir un emploi répondant aux conditions suivantes :

- les produits servant à la fabrication ne contiennent pas d'agents chimiques ni d'explosifs;
- les risques d'invalidité ne sont pas accrus par l'utilisation de machinerie lourde ou d'équipement lourd;
- il n'est pas obligatoire de travailler en hauteur, près de hauts fourneaux ou près de fils électriques à haute tension.

La classe B

La classe B permet d'offrir une couverture d'assurance invalidité aux travailleurs devant fournir d'importants efforts physiques et dont l'emploi comporte des risques accrus d'accident ou de maladie. Les professions regroupées dans cette classe comportent généralement un taux élevé d'absentéisme. Les concierges, les peintres et les briqueteurs constituent quelques exemples de professions de classe B.

La classe B comprend également les emplois où on observe les conditions suivantes :

- les tâches à accomplir exigent des efforts physiques pouvant prolonger la période d'invalidité;
- les conditions de travail sont minées par une chaleur extrême, un taux d'humidité important ou des changements de température fréquents pouvant générer un risque accru de maladie.

Le reclassement

Il est important de mentionner que la classification d'un individu n'est pas permanente. Un changement de situation peut entraîner le reclassement d'un assuré devenu admissible. Par exemple, un travailleur autonome de classe 2A peut avoir accès à la classe 3A (et payer une prime moins chère) à la condition que ses revenus excèdent un certain seuil fixé par l'assureur. Dans ce cas, il y a possibilité de relèvement de la catégorie professionnelle si, par exemple, les revenus annuels d'une personne à assurer sont supérieurs à 50 000 \$ au cours des deux dernières années et si elle est à son compte depuis au moins 5 ans.

Les activités extraprofessionnelles

La pratique de certaines activités en dehors du milieu de travail telles, la plongée sous-marine, le parachutisme, la course automobile sont des exemples d'activités extraprofessionnelles. Le représentant doit compléter un questionnaire spécial portant sur les années d'expérience, la fréquence, la durée et tout autre information jugée nécessaire dans l'évaluation du risque. Dans ce cas, l'assureur peut exclure toute blessure subie lors de l'exercice de l'activité ou classer l'assuré selon le risque qu'il représente.

7.4. La tarification financière

La tarification financière est une composante capitale de l'assurance invalidité. Afin d'en explorer les principaux concepts, cette section traitera des limites d'établissement, du revenu gagné, des documents financiers requis, du calcul de la prime et, enfin, des conditions de réduction de la prime.

7.4.1. Les limites d'établissement

Pour éviter le versement d'indemnités dépassant le revenu avant invalidité, les assureurs fixent des plafonds de prestation assurable selon les classes d'assurés, sans égard au revenu des individus ou à la situation fiscale de la protection.

7.4.1.1. Les limites d'établissement selon la classe professionnelle et l'âge de l'assuré

Le tableau 7.2 présente un exemple des limites d'établissement par classe professionnelle et selon l'âge de l'assuré.

Tableau 7.2 Exemple de limites d'établissement selon la classe professionnelle et l'âge de l'assuré

Classe professionnelle	Âge	Montant mensuel maximum
4A	Jusqu'à 50 ans	17 000 \$
	De 51 à 55 ans	15 000 \$
	Plus de 55 ans	8 000 \$
3A	Jusqu'à 50 ans	12 000 \$
	De 51 à 55 ans	10 000 \$
	Plus de 55 ans	6 000 \$
2A	Jusqu'à 50 ans	7 000 \$
	De 51 à 55 ans	6 000 \$
	Plus de 55 ans	4 000 \$
A	Jusqu'à 55 ans	5 000 \$
	Plus de 55 ans	2 500 \$
B	Jusqu'à 55 ans	3 500 \$
	Plus de 55 ans	2 500 \$

7.4.1.2. Les limites d'établissement selon le revenu

Le montant des prestations offert à l'assuré est directement lié à sa situation financière. Les assureurs font usage de tables présentant les limites d'établissement selon le revenu gagné de l'assuré. Il va de soi que la prestation d'invalidité maximale ne doit pas être plus importante que le revenu habituel de l'individu. Une telle situation pourrait encourager l'assuré à prolonger le plus possible sa période d'invalidité. Généralement, la prestation maximale correspond aux deux tiers du revenu de l'assuré, mais peut atteindre 75 % dans le cas où la prestation est imposable.

Le tableau 7.3 présente un exemple des limites d'établissement selon le revenu gagné, jusqu'à concurrence de 5 500 \$ par mois. Les tables des assureurs peuvent cependant couvrir des revenus beaucoup plus élevés selon l'âge et la classe professionnelle de l'assuré.

Tableau 7.3 Exemple de limites d'établissement selon le revenu et prestations payables coordonnées à l'assurance-emploi (A-E)

1	2	3	4
Revenu mensuel gagné	Prestation coordonnée à l'A-E payable par l'assureur après le délai de carence spécifié au contrat	Prestation additionnelle payable par l'assureur après 120 jours	Prestation totale payable par l'assureur après 120 jours
(\$)	(\$)	(\$)	(\$)
1 000 - 1 300	300	600	900
1 301 - 1 500	300	700	1 000
1 501 - 1 700	400	800	1 200
1 701 - 1 900	450	850	1 300
1 901 - 2 100	550	950	1 500
2 101 - 2 300	600	1 000	1 600
2 301 - 2 500	650	1 050	1 700
2 501 - 2 700	650	1 150	1 800
2 701 - 2 900	700	1 200	1 900
2 901 - 3 100	800	1 200	2 000
3 101 - 3 300	900	1 200	2 100
3 301 - 3 500	1 100	1 200	2 300
3 501 - 3 700	1 250	1 150	2 400
3 701 - 3 900	1 350	1 150	2 500
3 901 - 4 300	1 450	1 150	2 600
4 301 - 4 700	1 700	1 100	2 800
4 701 - 5 100	1 900	1 100	3 000
5 101 - 5 500	2 100	1 100	3 200

7.4.2. La coordination des prestations

Certains contrats d'assurance prévoient la coordination des prestations d'invalidité avec celles des régimes d'État et celles provenant d'autres assurances invalidité déjà détenues par l'assuré. L'assureur fixe alors la tarification en tenant compte de la coordination, car le montant des prestations à verser sera réduit des montants versés par les autres régimes coordonnés au contrat.

7.4.2.1. La coordination des prestations avec l'assurance-emploi

L'assureur tient compte des prestations d'assurance-emploi perçues par l'assuré lors des 17 premières semaines d'invalidité (120 jours), lorsque ce dernier est admissible au régime (colonne 2 du tableau 7.3). Après 120 jours, un montant supplémentaire s'ajoute afin de compenser les prestations d'assurance-emploi qui ne sont plus versées par le régime (colonne 3 du tableau 7.3). Le total des deux prestations est versé par l'assureur après 120 jours (colonne 4 du tableau 7.3). Toutefois, si le délai de carence est de 120 jours ou si l'assuré ne bénéficie pas de l'assurance-emploi à cause de son statut professionnel, il recevra le montant indiqué à la colonne 4.

7.4.2.2. La coordination des prestations d'invalidité avec les autres régimes d'État

Certains contrats d'assurance prévoient la coordination des prestations d'invalidité avec celles de protections parallèles, qu'elles soient publiques (RRQ, SAAQ, CSST) ou privées (assurance collective, assurance hypothécaire). La coordination des régimes peut faire en sorte que les indemnités versées en vertu de la police d'assurance soient inférieures au montant stipulé au contrat. À noter que ce n'est que lors d'une réclamation que l'assureur fera la coordination.

Les contrats garantis non résiliables ne prévoient pas la coordination des prestations pour certaines catégories d'emploi. Le montant de rente admissible n'est donc pas influencé par les autres protections souscrites par l'assuré. Compte tenu de la grande variabilité des profils individuels et des types de produits d'assurance offerts, il faut prêter une attention particulière au portefeuille de protections de l'individu afin de répondre adéquatement à ses besoins en assurance invalidité.

7.4.3. Les preuves de revenu

Lorsque vient le temps d'assurer un individu, l'assureur demande généralement des preuves de revenu afin de déterminer la limite d'établissement appropriée (colonne 1 du tableau 7.3). Toutefois, certains professionnels nouvellement diplômés et certains individus poursuivant des études dans des champs de concentration particuliers peuvent avoir accès à des montants d'assurance limités sans preuve de revenu. Cette politique d'admissibilité s'applique généralement aux professions et domaines d'études comme la médecine ou le droit. Si l'étudiant a un accident ou une maladie qui non seulement l'empêche d'effectuer ses tâches d'étudiant, mais qui l'empêchera également d'exercer sa future profession, il sera alors admissible à des prestations supérieures à ce qu'il aurait normalement eu le droit de recevoir.

7.4.4. Le revenu gagné

Le revenu gagné est établi sur la base de l'ensemble des paiements reçus pour services rendus ou du montant total des revenus d'emploi. Le revenu gagné d'un salarié à rémunération fixe correspond à son salaire avant impôt. Dans le cas d'un travailleur autonome, le revenu gagné correspond au revenu avant impôt, mais après déduction des dépenses d'exploitation. Ainsi, le calcul du revenu gagné diffère selon la situation professionnelle du proposant.

7.4.4.1. Le revenu gagné du salarié

Le revenu gagné du salarié comprend les revenus suivants :

- le salaire;
- les bonis, à la condition qu'ils soient versés sur une base constante.

7.4.4.2. Le revenu gagné du salarié à commission

Le revenu gagné du salarié à commission comprend les revenus suivants :

- les commissions, dont sont soustraites les dépenses d'entreprise;
- les bonis, à la condition qu'ils soient versés sur une base constante.

7.4.4.3. Le revenu gagné du propriétaire d'entreprise non constituée en société

Le revenu du propriétaire d'entreprise non constituée en société est la part du revenu net de l'entreprise revenant au propriétaire (après soustraction des dépenses d'entreprise et avant impôt). Dans le cas d'une entreprise à propriétaire unique, il s'agit de la totalité du revenu net d'entreprise. Dans le cas d'une société en nom collectif, il s'agit du pourcentage des parts de l'entreprise détenues par l'associé, multiplié par le revenu net d'entreprise.

7.4.4.4. Le revenu gagné du propriétaire d'entreprise incorporée

Le revenu gagné du propriétaire d'entreprise incorporée comprend les revenus suivants :

- le salaire;
- les bonis, à la condition qu'ils soient versés sur une base constante;
- la part des profits nets de l'entreprise revenant au propriétaire. Les profits sont pris en considération à la condition que l'entreprise compte un maximum de trois propriétaires, quelques salariés, qu'elle soit en exploitation depuis plusieurs années et réalise des profits sur une base constante.

Il faut noter que les bénéfices non répartis représentent le cumul des profits et pertes nets de l'entreprise depuis son établissement et ne sont pas considérés comme un revenu. Seul le profit réalisé en cours d'année est considéré comme un revenu.

7.4.4.5. Le portrait financier

Afin de déterminer la limite d'établissement du proposant, l'assureur ne tient pas uniquement compte du revenu courant gagné par ce dernier. Il tente d'obtenir un profil des revenus de l'individu pour les deux ou trois dernières années précédant la proposition. Ces informations financières sont importantes afin de savoir si le revenu de l'individu est relativement constant ou s'il a récemment fait l'objet d'une hausse inhabituelle. Dans le cas où le portrait financier du proposant présente des écarts de revenu disproportionnés, l'assureur fixera la limite d'établissement sur la base d'une moyenne des revenus gagnés au cours de la période observée.

7.4.4.6. Les revenus non gagnés

Le revenu non gagné est l'ensemble des revenus qui ne proviennent pas d'un travail (par exemple, les revenus d'intérêt, les allocations familiales ou les redevances). Si l'ensemble des revenus non gagnés représente moins de 15 % des revenus gagnés, l'assureur n'en tiendra pas compte. Si cette proportion se situe entre 15 % et 50 %, l'assureur déduira du revenu gagné la somme des revenus non gagnés; enfin, lorsque le pourcentage dépasse 50 %, l'assureur jugera que l'assuré peut avoir recours à l'autoassurance.

7.4.4.7. Le revenu assurable

En assurance invalidité, le revenu assurable représente la différence entre l'ensemble des revenus gagnés et l'ensemble des revenus non gagnés.

7.4.4.8. Les documents financiers

Divers documents relatifs à l'emploi et au revenu peuvent s'avérer nécessaires afin d'établir correctement le niveau de risque à assurer. Les informations soumises permettent au tarificateur d'accepter un client et de le classer adéquatement selon son profil. Par exemple, un proposant occupant un nouvel emploi pourrait représenter un degré élevé d'instabilité. Toutefois, il est possible de pondérer cette évaluation si l'individu est demeuré dans le même champ professionnel qu'auparavant, s'il présente un historique de stabilité d'emploi et s'il a cumulé de nombreuses années d'expérience dans son domaine.

7.4.4.9. Les preuves de revenu

Afin de dresser un portrait fidèle de la situation financière du proposant, l'assureur peut demander des preuves de revenu. Le tableau 7.4 présente des exemples de documents pouvant être requis selon la situation professionnelle de l'individu à couvrir.

Tableau 7.4 Exemples de documents requis selon la situation professionnelle du client

Situation professionnelle	Documents financiers requis
Salarié à rémunération fixe	Déclaration de revenus personnelle des deux dernières années.
Salarié rémunéré à commission	Déclaration de revenus personnelle des deux dernières années.
Propriétaire unique d'entreprise ou associé dans une société de personnes	Déclaration de revenus personnelle ou états financiers complets des deux dernières années.
Propriétaire d'entreprise incorporée	Déclaration de revenus personnelle des deux dernières années. Si les profits doivent être assurés, les états financiers complets des deux dernières années d'imposition doivent être fournis.

Il est à noter que certains assureurs exigent les documents financiers de la dernière année complète avant d'accepter la proposition d'assurance. De plus, les propriétaires d'entreprise qui sont incorporés doivent habituellement soumettre leur déclaration de revenus personnelle et les états financiers de l'entreprise afin de permettre au tarificateur de vérifier si l'entreprise n'a pas subi de pertes dans la dernière année. Si c'est le cas, ce montant devrait être soustrait du revenu personnel du propriétaire en vue de déterminer le montant maximal des prestations.

7.4.5. Le calcul de la prime

Le calcul de la prime dépend de plusieurs facteurs :

- l'âge du proposant;
- le sexe du proposant;
- la classe professionnelle du proposant;
- le revenu du proposant;
- le montant mensuel de la prestation;
- le délai de carence;
- la durée des prestations;
- les garanties complémentaires.

Mise en situation

Un homme de 49 ans, non fumeur, salarié, a un revenu de 33 600 \$ par année, soit 2 800 \$ par mois. Selon les limites d'établissement, il aura droit à une prestation mensuelle maximale de 1 900 \$ par mois (voir tableau 7.3).

La durée des prestations est établie jusqu'à l'âge de 65 ans, et la protection est coordonnée à l'assurance-emploi.

La protection inclut les garanties complémentaires suivantes : indexation selon le coût de la vie (ICV), prolongation de la période de profession habituelle (PPPH), invalidité partielle (IP) et option de protection du revenu (OPR) pour un montant de 1 500 \$.

Les frais de police sont de 45 \$, et le prélèvement mensuel automatique est équivalant à la prime annuelle multipliée par le facteur 0,087 (ce facteur varie d'un assureur à un autre).

Le tableau 7.5 donne un exemple de taux annuels par tranche de 100 \$ de prestation afin d'effectuer le calcul de la prime de l'individu décrit ci-dessus. Le calcul de la prime est présenté au tableau 7.6.

Tableau 7.5 Exemple de taux annuels par tranche de 100 \$ de prestation

Période d'indemnisation jusqu'à 65 ans	Prestation de 700 \$ à partir du 31 ^e jour	Prestation de 1 200 \$ à partir du 121 ^e jour
Montant de base	100,50 \$	73,12 \$
ICV	14,09 \$	10,74 \$
IP	20,90 \$	14,48 \$
PPPH	9,36 \$	9,36 \$

- Option de protection du revenu = 7 % de la somme des taux pour la plus longue période souscrite ;
- Frais de police de 45,00 \$ par année ;
- Prélèvement mensuel = Prime annuelle \times 0,087.

Tableau 7.6 Calcul de la prime

Description	Prestation de 700 \$ à partir du 31 ^e jour	Prestation de 1 200 \$ à partir du 121 ^e jour	Total
1. Montant de base	$100,50 \times 7 = 703,50 \$$	$73,12 \times 12 = 877,44 \$$	1 580,94 \$
2. ICV	$14,09 \times 7 = 98,63 \$$	$10,74 \times 12 = 128,88 \$$	227,51 \$
3. IP	$20,90 \times 7 = 146,30 \$$	$14,48 \times 12 = 173,76 \$$	320,06 \$
4. PPPH	$9,36 \times 7 = 65,52 \$$	$9,36 \times 12 = 112,32 \$$	177,84 \$
5. OPR (1500 \$)	$144,85 \times 7 \%$	$\times 15 =$	152,09 \$
6. Frais de police			45,00 \$
7. Prime annuelle			2 503,44 \$
8. Prime mensuelle	(prime annuelle $\times 0,087$)		217,80 \$

Explications du montant des prestations et du coût des primes

Le tableau 7.3 des limites d'établissement indique que :

- à compter du 31^e jour, l'assuré a droit à une prestation de 700 \$;
- à compter du 121^e jour, l'assuré a droit à une prestation de 1 200 \$.

Le calcul de la prime

Le montant de base, soit 100,50 \$, correspond au taux de prime annuel par 100 \$ de prestation mensuelle. Dans ce cas, on divise 700 \$ par 100 pour donner le chiffre 7, qu'on multiplie par 100,50 \$. On obtient ainsi une prime de 703,50 \$ pour cette garantie. À compter de la 121^e journée, le taux est moindre, puisque le délai de carence est plus long. Le calcul s'effectue de la même façon, mais avec un taux réduit (73,12 \$) et une prestation plus élevée (1 200 \$), afin de couvrir le montant total de 1 900 \$ auquel l'assuré a droit (700 \$ + 1 200 \$).

L'indexation au coût de la vie (ICV), l'invalidité partielle (IP) et la prolongation de la période de profession habituelle (PPPH) sont des garanties qui se calculent de la même façon que le montant de base.

L'option de protection du revenu (OPR), qui correspond à la garantie d'assurabilité, est la somme de tous les taux de prime de la 31^e journée, soit 100,50 \$ (montant de base) + 14,09 \$ (ICV) + 20,90 \$ (IP) + 9,36 \$ (PPPH) = 144,85 \$. On multiplie ce résultat par le montant de garantie souscrit, soit 1 500 \$. Le calcul s'effectue par tranche de 100 \$ de protection (1 500 \$ + 100 \$ = 15).

Les frais de police annuels sont de 45 \$.

La prime annuelle est de 2 503,44 \$.

La prime mensuelle est de 217,80 \$ ($2\,503,44 \$ \times 0,087$).

Il va de soi que le proposant peut choisir le montant de prestation qu'il désire souscrire, à la condition qu'il se situe entre le minimum et le maximum autorisés par l'assureur. La capacité de payer de l'assuré doit être minutieusement évaluée, afin que ce dernier soit en mesure de remplir ses engagements envers l'assureur. Le non-paiement de la prime entraîne la déchéance du contrat d'assurance à la suite du délai de grâce prévu au contrat – par exemple, 30 ou 60 jours selon les assureurs.

7.4.6. La réduction de la prime

Une réduction de prime peut être accordée par l'assureur à certaines professions. De même, un rabais est généralement accordé lorsque trois personnes ou plus d'un même bureau ou d'une même entreprise sont couvertes par l'assureur. La plupart du temps, la réduction est de 15 % sur une prime annuelle et de 10 % sur les primes réglées mensuellement.

7.5. Le service de la souscription

Le service de la souscription a pour mandat d'évaluer la nature du risque à assurer en se basant sur les renseignements recueillis sur l'assuré ou le preneur – ou les deux – et d'encaisser la première prime versée.

Le service de la souscription joue un rôle clé dans la sélection des risques. Cette section abordera l'évaluation du risque selon le type de contrat. Elle traitera par la suite de la vérification et de la confirmation des données par le service de souscription.

7.5.1. Le type de contrat

Le type de contrat souscrit par le proposant a une influence majeure en tarification et en sélection des risques, puisque l'assureur assume un risque différent selon le type de police émise.

7.5.1.1. Les contrats résiliables et les contrats garantis renouvelables

Les contrats résiliables sont plus restrictifs quant aux garanties offertes par l'assureur. En effet, dans ce cas, celui-ci se réserve le droit d'augmenter les primes et, à la limite, de résilier la police à la suite d'une mauvaise expérience de réclamations.

Dans le cas du contrat garanti renouvelable, bien que l'assureur soit dans l'obligation de renouveler le contrat, il peut augmenter la prime et en modifier les conditions afin de tenir compte d'un risque accru chez certaines catégories d'assurés.

Le montant des indemnités

Dans le cas de ces deux types de contrat, l'assureur paie une indemnité sur la base des revenus de l'assuré au moment de la réclamation, jusqu'à concurrence de la prestation maximale inscrite au contrat.

Les exclusions

Enfin, ces types de contrat comportent certaines exclusions, tout particulièrement les contrats résiliables. Ils excluent notamment les maladies mentales et les problèmes de dos liés aux tissus mous qui, à eux seuls, sont la cause d'une importante partie des cas d'invalidité. Compte tenu des limites associées au contrat résiliable et au contrat garanti renouvelable, ceux-ci sont offerts à un coût beaucoup plus abordable que celui du contrat garanti irrévocable.

7.5.1.2. Le contrat garanti irrévocable

Le contrat garanti irrévocable force l'assureur à assumer un niveau de risque très élevé. À la suite de l'émission d'un tel contrat, la compagnie d'assurances ne pourra jamais en augmenter la prime, en modifier les garanties ni réduire la prestation d'invalidité; enfin, elle ne pourra pas résilier l'entente tant que l'assuré paiera les primes prévues à la police. En raison du peu de flexibilité accordée à l'assureur par ce type de produit, une analyse minutieuse des facteurs d'assurabilité et du niveau de risque doit être effectuée.

7.5.2. La vérification des données

Afin que le tarificateur soit en mesure d'effectuer une évaluation adéquate du risque, toute information jugée pertinente doit être jointe à la proposition par le représentant en assurance.

La rapidité d'émission du contrat par la compagnie d'assurances est largement tributaire de la remise d'un dossier clair et complet sur la situation du proposant. Par exemple, la présentation de pièces non datées ou encore l'absence d'information sur les suites d'une maladie contractée ou sur des infractions au *Code de la route* qui auraient été commises par le proposant sont autant d'éléments pouvant retarder l'acceptation de l'assuré. Dans cette situation, l'assureur se doit de faire la requête des renseignements manquants ou requis afin d'établir le risque encouru. Il est aisé de comprendre les précautions prises dans l'évaluation de la proposition en assurance invalidité, puisque les probabilités de réclamation sont élevées. De plus, il s'agit d'une assurance où le proposant est à la fois souscripteur et bénéficiaire.

7.5.3. La confirmation des données

Afin de réduire le délai de traitement des propositions, de nombreuses compagnies assurent un service de vérification téléphonique. Ce service effectue des enquêtes téléphoniques afin de valider les informations jointes à la proposition. Les personnes chargées de la vérification sont formées à cette fin. L'enquête est menée auprès du proposant, au moment qui lui convient le mieux. S'il est impossible de joindre le client, le représentant doit demander à ce dernier de communiquer avec le service de vérification.

Lors de l'entretien avec le proposant, le représentant responsable de la vérification doit s'assurer que celui-ci comprend bien la raison de l'enquête et poser diverses questions sur les documents et renseignements fournis à l'assureur. Toute incongruité entre les propos du client et l'information au dossier entraîne des délais dans l'émission du contrat, puisqu'une vérification supplémentaire doit alors être effectuée auprès des autorités compétentes.

7.6. Le processus de réclamation

Le processus de réclamation comporte différentes étapes et particularités. Cette section traitera de la consultation médicale, des délais associés au processus, des formulaires requis, des frais de règlement et, finalement, du versement de l'indemnité.

7.6.1. La consultation médicale

Afin d'avoir accès le plus rapidement possible aux prestations d'invalidité, l'assuré doit consulter son médecin dès l'apparition des premiers symptômes de l'invalidité et communiquer les résultats de son examen à sa compagnie d'assurances. Ce n'est qu'à partir du moment où un diagnostic est rendu que l'assureur reconnaît l'invalidité.

Si une personne attend deux semaines avant de consulter son médecin pour un mal dont elle souffre, elle verra le versement de sa prestation retardé de deux semaines. En outre, s'il attend deux semaines avant de consulter, l'assuré perdra un montant équivalant à deux semaines de prestations auxquelles il aurait normalement eu droit en raison de sa condition – à moins de demeurer en état d'invalidité durant la période maximale d'indemnisation prévue au contrat. Il faut souligner que le délai de carence ne commence à s'appliquer qu'à partir de la date du diagnostic. Bien entendu, l'assuré qui veut être indemnisé doit en faire la réclamation à sa compagnie d'assurances.

7.6.2. Les délais

Les délais liés au processus de réclamation sont prescrits au contrat et doivent être respectés, à défaut de quoi l'assuré pourrait perdre des sommes auxquelles il serait normalement admissible.

À la suite du diagnostic du médecin constatant l'état d'invalidité de l'assuré, ce dernier doit soumettre un avis d'invalidité écrit (déclaration initiale) à sa compagnie d'assurances dans un délai réglementaire de 30 jours suivant l'accident ou la maladie ayant provoqué son arrêt de travail. Cet avis doit faire mention des causes et de la date de début de l'invalidité, de même que les circonstances entourant l'arrêt de travail.

La preuve de sinistre

L'assuré doit faire parvenir à l'assureur tous les renseignements concernant le sinistre, dans un délai mentionné au contrat. Habituellement, ce délai est de 90 jours suivant la date de début de l'invalidité. Ce délai peut être prolongé si la personne qui a droit aux prestations prouve qu'il lui a été impossible d'agir dans les délais prescrits.

Quelques jours après avoir reçu la demande de règlement, l'assureur envoie à l'assuré un accusé de réception incluant les coordonnées du rédacteur de sinistre (la personne responsable du dossier de réclamation), afin que l'assuré et son représentant soient en mesure de communiquer avec lui au besoin.

Il est à noter que les délais de 30 jours pour aviser la compagnie d'un sinistre et de 90 jours pour fournir la preuve de sinistre sont des délais inscrits au *Code civil du Québec*. Par contre, certains assureurs peuvent accorder des délais plus longs.

7.6.3. Les formulaires

La déclaration du demandeur

Le premier formulaire requis afin d'entamer le processus de réclamation est la déclaration initiale du demandeur. Ce document doit être rempli minutieusement, puisque c'est sur la base de ce dernier que l'assureur fait une première évaluation de la demande d'indemnisation de l'assuré.

La déclaration du médecin

La compagnie d'assurances doit également recevoir la déclaration initiale du médecin traitant. Cette déclaration est de première importance, puisque l'assureur se fonde sur le diagnostic rendu pour établir l'invalidité et, ainsi, l'admissibilité de l'assuré à l'indemnisation. La déclaration initiale du médecin doit expliquer clairement les causes de l'invalidité. La présentation de renseignements incomplets peut entraîner des retards dans le traitement de la réclamation.

7.6.4. Les frais de règlement

Les frais afférents à la présentation de preuves médicales sont à la charge de l'assuré. En plus des coûts de préparation du rapport médical qui accompagne la déclaration initiale du médecin, l'assuré pourrait devoir assumer les frais de consultation lorsque l'assureur lui demande un avis neutre d'un expert sur sa condition. Par exemple, si le rédacteur des sinistres doute de la condition d'invalidité d'un assuré victime de dépression nerveuse, il peut demander à cet assuré d'obtenir l'avis d'un expert, tel un psychologue, afin de vérifier son état. L'assuré est alors libre de choisir le psychologue de son choix.

Toutefois, si la demande d'un deuxième avis provient de l'assureur, et que ce dernier impose l'expert de son choix, il assumera alors presque toujours les frais.

7.6.5. Le versement de l'indemnité

Une fois le délai de carence satisfait, l'indemnité est versée à la fin de chaque mois jusqu'à la fin de l'invalidité de l'assuré ou jusqu'à la fin de la période de prestation maximale. Ainsi, un assuré détenant une police dont le délai de carence est de 30 jours et dont l'invalidité a commencé le 15 juin recevra sa première indemnité le 31 juillet. Puisqu'il est admissible à compter du 15 juillet, il recevra 17/31 de la prestation admissible pour le mois de juillet.

Rappel

Voici les notions importantes à retenir de ce chapitre.

- Les principaux facteurs de tarification sont les suivants : le taux de morbidité, les coûts opérationnels de l'assureur et ses revenus de placement sur les primes perçues.
- Une attention particulière est portée à l'état de santé du proposant, puisque de nombreux maux ne menaçant pas la vie des individus peuvent causer l'invalidité ou nécessiter des soins. Un état malade peut avoir une grande incidence sur les probabilités et sur la période d'invalidité.
- Afin d'être admissibles à une couverture d'assurance invalidité, les travailleurs à temps partiel, les travailleurs saisonniers et les travailleurs à domicile doivent remplir des conditions particulières.
- Le type de travail, la stabilité d'emploi, la nature des tâches à effectuer et l'environnement de travail sont autant de facteurs influençant le risque lié à l'emploi.
- Les risques non assurables sont liés au lieu de résidence, au service militaire, aux sports dangereux, à l'aviation, à la connaissance de la langue et aux antécédents.
- Afin d'être en mesure de couvrir plusieurs individus présentant des degrés de risque différents selon leurs activités professionnelles et extraprofessionnelles, les assureurs établissent des classes professionnelles.
- Le montant des indemnités offertes à l'assuré est directement lié à sa situation financière. Généralement, la prestation maximale correspond aux deux tiers du revenu de l'assuré, mais peut atteindre 75 % dans le cas où la prestation est imposable.
- Certains contrats d'assurance prévoient la coordination des prestations d'invalidité avec celles des régimes d'État et celles provenant d'autres assurances invalidité déjà détenues par l'assuré. La tarification est alors fixée en tenant compte de la coordination, car le montant des prestations à verser sera réduit des montants versés par les autres régimes coordonnés au contrat.
- Lorsque vient le temps d'assurer un individu, l'assureur demande généralement des preuves de revenu afin de déterminer la limite d'établissement appropriée.
- Le revenu gagné est établi sur la base de l'ensemble des paiements reçus pour services rendus ou encore du montant total des revenus d'emploi.
- Le calcul de la prime est influencé par l'âge et le sexe du proposant, sa catégorie d'emploi, son revenu, le fait qu'il soit fumeur ou non, le montant

mensuel de la prestation souscrite, le délai de carence, la durée des prestations et les garanties complémentaires.

- Les contrats résiliables et les contrats garantis renouvelables comportent un niveau de risque beaucoup moins élevé pour l'assureur que celui associé aux contrats garantis irrévocables.
- La rapidité d'émission du contrat est largement tributaire de la remise au service de souscription d'un dossier clair et complet exposant la situation du proposant.
- Pour ne pas ralentir le processus de réclamation, il est important pour l'assuré de procéder à une consultation médicale dès les premiers symptômes d'invalidité, de respecter les délais prescrits à la police et de fournir les formulaires requis.
- Le délai réglementaire (selon le *Code civil du Québec*) est de 30 jours pour aviser la compagnie d'un sinistre et de 90 jours pour fournir la preuve de sinistre. Les frais afférents à la présentation de preuves médicales sont habituellement à la charge de l'assuré.
- Une fois le délai de carence satisfait, l'indemnité est versée à la fin de chaque mois jusqu'à la fin de l'invalidité de l'assuré ou jusqu'à la fin de la période de prestation maximale.

Il est suggéré de répondre aux questions de l'exercice d'autoévaluation qui suit, afin de bien avoir à l'esprit les notions traitées dans le chapitre 7.

Puis, il est possible de vérifier vos réponses en consultant le corrigé de l'exercice d'autoévaluation qui se trouve à la fin de ce chapitre.

Exercice d'autoévaluation

Répondez aux questions de l'exercice d'autoévaluation. Les questions qui suivent ont pour but de vous faire réviser les sujets traités dans le chapitre. Pour chacune des questions, encerclez la bonne réponse.

Question 1

Quelle est la différence entre les facteurs de tarification et les facteurs d'assurabilité ?

- a) Les facteurs de tarification sont des éléments importants dans l'établissement du taux de prime, alors que les facteurs d'assurabilité permettent d'évaluer le risque d'invalidité de l'assuré.
- b) Les facteurs de tarification permettent d'établir la survenance d'un événement, alors que les facteurs d'assurabilité permettent de vérifier l'assurabilité de l'assuré.
- c) Les facteurs de tarification sont l'âge, le sexe, la catégorie de risque (fumeur ou non-fumeur), et les facteurs d'assurabilité sont l'état de santé et les antécédents médicaux.
- d) Ce sont les actuaires qui établissent les facteurs de tarification, et les assureurs qui établissent les facteurs d'assurabilité.

Question 2

Maurice désire souscrire une protection en cas d'invalidité. Il fume modérément depuis 10 ans et souffre d'un surplus de poids important depuis près de 2 ans.

Comment l'état de santé général de Maurice pourrait-il affecter sa protection ?

- a) Maurice ne pourra pas avoir accès à une protection, en raison du niveau de risque qu'il présente pour l'assureur.
- b) Maurice aura accès à une protection, mais cette dernière exclura toutes les affections découlant du tabagisme et de l'embonpoint.
- c) Maurice aura accès à une protection, mais ses primes seront majorées afin de tenir compte des risques accrus d'invalidité causés par le tabagisme et l'embonpoint.
- d) Maurice aura accès à une protection, mais son délai de carence sera prolongé afin de réduire considérablement les probabilités d'indemnisation en vertu de son contrat.

Question 3

Plutôt que d'exclure un risque lié à un problème de santé mineur, l'assureur pourra émettre le contrat en y apportant la restriction suivante :

- a) Période d'indemnisation réduite.
- b) Montant de prestation limité.
- c) Délai de carence plus long.
- d) Aucune garantie optionnelle.

Question 4

Parmi les cas suivants, lequel ne représente pas un risque non assurable en assurance invalidité ?

- a) Jacynthe est comédienne et obtient de petits contrats par l'intermédiaire d'agences.
- b) Michelle est préposée au secrétariat à temps partiel depuis un an. Elle travaille environ 15 heures par semaine et gagne un salaire annuel approximatif de 10 000 \$.
- c) Réal travaille comme responsable de l'animation dans une base de plein air depuis sept ans. Il ne travaille que durant la saison touristique, soit du 1^{er} mai au 30 septembre et du 1^{er} novembre au 31 mars.
- d) Simon est instructeur de chute libre depuis six ans et n'a jamais été victime d'accident dans le cadre de son travail.

Répondez aux questions 5 et 6 en vous référant à la mise en situation suivante.

Jacques est comptable agréé (CA) et il est à son compte depuis trois ans. Auparavant, il a travaillé pendant huit ans pour une firme de comptables. Il a déclaré, en 2005, des honoraires de 82 564 \$, des revenus de placement totalisant 4 644 \$ et la location de l'édifice à logements qu'il a acheté en cours d'année lui a procuré un revenu net de 10 320 \$. Ses frais de bureau s'élèvent à 32 470 \$.

En 2006, il a déclaré des revenus nets d'entreprise de 55 682 \$, des revenus nets de location de logements de 12 462 \$ et des revenus de placement de 3 754 \$.

Question 5

Déterminez le revenu mensuel assurable de Jacques.

- a) 3 108,17 \$
- b) 4 407,33 \$
- c) 5 339,91 \$
- d) 5 706,00 \$

Question 6

Quelle est la classe professionnelle liée à l'emploi de Jacques ?

- a) 4A
- b) 3A
- c) 2A
- d) A

Question 7

Lucie est directrice des ventes chez Beaubien inc., une entreprise de fabrication d'armoires. Elle gagne annuellement 38 400 \$, et son taux d'imposition est de 26 %. Elle désire assurer son salaire en cas d'invalidité jusqu'à l'âge de 65 ans, et le délai de carence sera de 120 jours. Dans ce cas, les prestations ne sont pas coordonnées à l'assurance-emploi.

Selon le tableau des limites d'établissement (tableau 7.3), quel est le montant de prestation dont elle pourra bénéficier ?

- a) 900 \$
- b) 1 200 \$
- c) 2 100 \$
- d) 3 200 \$

Question 8

Bernadette travaille dans le domaine de la vente publicitaire. Elle gagne un salaire de base de 25 000 \$, auquel s'ajoutent des commissions. Cette année, elle a reçu 10 000 \$ de commissions. Elle a toutefois engagé des frais de représentation de 2 000 \$ dans le cadre de ses activités de vente.

Quel est le revenu gagné de Bernadette ?

- a) 35 000 \$
- b) 33 000 \$
- c) 23 100 \$
- d) 42 900 \$

Question 9

Calculez la prime mensuelle de Stéphane, qui désire obtenir une rente mensuelle de 2 400 \$ à partir des taux de prime suivants :

Montant de base : 50,40 \$ du 100 \$ de prestation

ICV : 10,26 \$ du 100 \$ de prestation

PPPH : 7,04 \$ du 100 \$ de prestation

Frais de police : 50,00 \$ par année

Prime mensuelle : Prime annuelle \times 0,087

- a) 150,73 \$
- b) 145,71 \$
- c) 139,56 \$
- d) 121,42 \$

Répondez aux questions 10 et 11 en vous référant à la mise en situation suivante :

Marie-Ange est analyste informatique et gagne un salaire annuel de 55 000 \$. Elle désire assurer son revenu en cas d'invalidité. Elle désire souscrire le montant de prestation maximal auquel elle aurait accès en vertu de sa situation financière.

Marie-Ange désire une protection dont la durée des prestations est établie jusqu'à l'âge de 65 ans et dont le délai de carence est de 30 jours. La protection est coordonnée à l'assurance-emploi.

Sa protection devra inclure les garanties complémentaires suivantes : indexation selon le coût de la vie (ICV) et invalidité partielle (IP).

Les frais de police anticipés sont de 40 \$, et le prélèvement mensuel automatique est équivalent à la prime annuelle multipliée par 0,087.

Question 10

D'après le tableau 7.3, quel serait le montant de rente mensuelle maximale auquel Marie-Ange aurait droit selon les limites d'établissement ?

- a) 2 800 \$
- b) 1 700 \$
- c) 1 100 \$
- d) 3 800 \$

Question 11

En vous référant au tableau suivant, calculez la prime mensuelle que devra assumer Marie-Ange pour la protection désirée.

Taux annuels par tranche de 100 \$ de prestation		
Période d'indemnisation jusqu'à 65 ans	31 ^e jour	121 ^e jour
Montant de base	100,50 \$	73,12 \$
ICV	14,09 \$	10,74 \$
IP	20,90 \$	14,48 \$

- a) 285,42 \$
- b) 573,09 \$
- c) 297,98 \$
- d) 548,94 \$

Question 12

Marie désire faire l'acquisition d'une police d'assurance invalidité auprès d'un représentant en assurance de personnes. Lors de leur rencontre, elle a omis de lui déclarer les cinq visites qu'elle a effectuées chez le chiropraticien. C'est lors de l'entretien téléphonique avec l'assureur que cette information a été divulguée.

Dans ces circonstances, quelles mesures seront prises par le service de la souscription ?

- a) Il y aura une exclusion pour les problèmes de dos.
- b) Toutes les déclarations de Marie seront vérifiées attentivement, et un rapport médical sera demandé au praticien afin de vérifier l'état de santé de Marie.
- c) C'est une situation qui pourrait mettre en doute l'intégrité des parties concernées.
- d) La demande sera refusée, car un contrat d'assurance invalidité est basé principalement sur la bonne foi de la personne à assurer.

Question 13

Selon le *Code civil du Québec*, quel est le délai pour faire parvenir la preuve de sinistre à l'assureur ?

- a) Un délai de 30 jours suivant la visite médicale.
- b) Un délai de 90 jours suivant la visite médicale.
- c) Un délai de 90 jours suivant la date de début de l'invalidité.
- d) Un délai de 120 jours suivant la date de début de l'invalidité.

Question 14

Qui doit assumer les frais liés à la présentation de preuves médicales, à la préparation du rapport médical et à la consultation ?

- a) L'assuré.
- b) L'assuré, sauf pour les frais liés à la présentation de preuves médicales, qui sont à la charge de l'assureur.
- c) L'assureur.
- d) L'assureur, sauf pour les frais de consultation.

Corrigé de l'exercice d'autoévaluation

Réponse 1

Quelle est la différence entre les facteurs de tarification et les facteurs d'assurabilité ?

- a) **Les facteurs de tarification sont des éléments importants dans l'établissement du taux de prime, alors que les facteurs d'assurabilité permettent d'évaluer le risque d'invalidité de l'assuré.**
- b) Les facteurs de tarification permettent d'établir la survenance d'un événement, alors que les facteurs d'assurabilité permettent de vérifier l'assurabilité de l'assuré.
- c) Les facteurs de tarification sont l'âge, le sexe, la catégorie de risque (fumeur ou non-fumeur), et les facteurs d'assurabilité sont l'état de santé et les antécédents médicaux.
- d) Ce sont les actuaires qui établissent les facteurs de tarification, et les assureurs qui établissent les facteurs d'assurabilité.

Réponse 2

Maurice désire souscrire une protection en cas d'invalidité. Il fume modérément depuis 10 ans et souffre d'un surplus de poids important depuis près de 2 ans.

Comment l'état de santé général de Maurice pourrait-il affecter sa protection ?

- a) Maurice ne pourra pas avoir accès à une protection, en raison du niveau de risque qu'il présente pour l'assureur.
- b) Maurice aura accès à une protection, mais cette dernière exclura toutes les affections découlant du tabagisme et de l'embonpoint.
- c) **Maurice aura accès à une protection, mais ses primes seront majorées afin de tenir compte des risques accrus d'invalidité causés par le tabagisme et l'embonpoint.**
- d) Maurice aura accès à une protection, mais son délai de carence sera prolongé afin de réduire considérablement les probabilités d'indemnisation en vertu de son contrat.

Réponse 3

Plutôt que d'exclure un risque lié à un problème de santé mineur, l'assureur pourra émettre le contrat en y apportant la restriction suivante :

- a) Période d'indemnisation réduite.
- b) Montant de prestation limité.
- c) **Délai de carence plus long.**
- d) Aucune garantie optionnelle.

Réponse 4

Parmi les cas suivants, lequel ne représente pas un risque non assurable en assurance invalidité ?

- a) Jacynthe est comédienne et obtient de petits contrats par l'intermédiaire d'agences.
- b) Michelle est préposée au secrétariat à temps partiel depuis un an. Elle travaille environ 15 heures par semaine et gagne un salaire annuel approximatif de 10 000 \$.
- c) **Réal travaille comme responsable de l'animation dans une base de plein air depuis sept ans. Il ne travaille que durant la saison touristique, soit du 1^{er} mai au 30 septembre et du 1^{er} novembre au 31 mars.**
- d) Simon est instructeur de chute libre depuis six ans et n'a jamais été victime d'accident dans le cadre de son travail.

Justification : Les travailleurs saisonniers doivent occuper leur emploi pour une période de neuf mois ou plus afin de ne pas être classifiés dans la catégorie de risque non assurable. Puisqu'il occupe son travail durant 10 mois, Réal ne représente donc pas un risque non assurable pour les assureurs.

Réponse 5

Déterminez le revenu mensuel assurable de Jacques.

a) 3 108,17 \$

b) 4 407,33 \$

c) 5 339,91 \$

d) 5 706,00 \$

Justification : Calcul du revenu assurable :

Revenu assurable en 2005 :

$$\begin{array}{r} 82\,564 \$ \text{ (honoraires en 2005)} \\ - \quad 32\,470 \$ \text{ (frais de bureau en 2005)} \\ \hline 50\,094 \$ \text{ (revenu net en 2005)} \\ - \quad 14\,964 \$ \text{ (revenus non gagnés en 2005)} \\ \hline 35\,130 \$ \end{array}$$

Revenu assurable en 2006 :

$$\begin{array}{r} 55\,682 \$ \text{ (revenus nets d'entreprise en 2006)} \\ - \quad 16\,216 \$ \text{ (revenus non gagnés en 2006)} \\ \hline 39\,466 \$ \end{array}$$

Moyenne des revenus mensuels assurables 2005 et 2006 :

$$\begin{array}{r} 74\,596 \$ \text{ (35 130 \$ + 39 466 \$)} \\ \div \quad 2 \\ \hline 37\,298 \$ \\ \div \quad 12 \\ \hline 3\,108,17 \$ \end{array}$$

Puisque Jacques est propriétaire de l'entreprise, il faut soustraire les frais de bureau du revenu gagné en 2005 ($82\,564 \$ - 32\,470 \$ = 50\,094 \$$).

En 2005, puisque les revenus non gagnés sont supérieur à 15 %, il faut réduire du revenu, les revenus de placement et de location ($4\,644 \$ + 10\,320 \$ = 14\,964 \$$). En 2006, les revenus non gagnés totalisent $16\,216 \$$ ($12\,462 \$ + 3\,754 \$$).

Par la suite, il faut établir la moyenne annuelle en divisant par 2. On obtient un résultat de 37 298 \$. En divisant par 12 ce résultat, on établit le revenu mensuel assurable, soit 3 108,17 \$.

Réponse 6

Quelle est la classe professionnelle liée à l'emploi de Jacques ?

- a) 4A
- b) 3A
- c) 2A
- d) A

Justification : Puisque Jacques est comptable agréé, la plupart des compagnies vont le classer dans la catégorie 4A.

Réponse 7

Selon le tableau des limites d'établissement (tableau 7.3), quel est le montant de prestation dont elle pourra bénéficier ?

- a) 900 \$
- b) 1 200 \$
- c) 2 100 \$
- d) 3 200 \$

Justification : Calcul : $38\,400 \$ + 12 = 3\,200 \$$

Selon la colonne 1 du tableau, cela correspond à un revenu gagné mensuel situé entre 3 101 \$ et 3 300 \$, soit 2 100 \$ (colonne 4). Lucie a droit aux prestations totales, puisque sa prestation n'est pas coordonnée à l'assurance-emploi.

Réponse 8

Quel est le revenu gagné de Bernadette ?

- a) 35 000 \$
- b) 33 000 \$
- c) 23 100 \$
- d) 42 900 \$

Justification : $25\,000 \$$ (salaire) + $10\,000 \$$ (commissions) – $2\,000 \$$ (frais d'entreprise) = $33\,000 \$$.

Réponse 9

Calculez la prime mensuelle de Stéphane, qui désire obtenir une rente mensuelle de 2 400 \$ à partir des taux de prime suivants :

Montant de base : 50,40 \$ du 100 \$ de prestation

ICV : 10,26 \$ du 100 \$ de prestation

PPPH : 7,04 \$ du 100 \$ de prestation

Frais de police : 50,00 \$ par année

Prime mensuelle : Prime annuelle \times 0,087

a) 150,73 \$

b) 145,71 \$

c) 139,56 \$

d) 121,42 \$

Justification :

Montant de base : $50,40 \$ \times 24 = 1\,209,60 \$$

ICV : $10,26 \$ \times 24 = 246,24 \$$

PPPH : $7,04 \$ \times 24 = 168,96 \$$

Frais de police : 50,00 \$

Prime annuelle : 1 674,80 \$

Prime mensuelle ($1\,674,80 \$ \times 0,087$) : 145,71 \$

Réponse 10

D'après le tableau 7.3, quel serait le montant de rente mensuelle maximale auquel Marie-Ange aurait droit selon les limites d'établissement ?

a) 2 800 \$

b) 1 700 \$

c) 1 100 \$

d) 3 800 \$

Justification : Revenu mensuel gagné de Marie-Ange : $55\,000 \$ \div 12 = 4\,583,33 \$$. Selon le tableau 7.3, ce revenu donne droit à une prestation totale de 2 800 \$.

Réponse 11

En vous référant au tableau suivant, calculez la prime mensuelle que devra assumer Marie-Ange pour la protection désirée.

Taux annuels par tranche de 100 \$ de prestation		
Période d'indemnisation jusqu'à 65 ans	31^e jour	121^e jour
Montant de base	100,50 \$	73,12 \$
ICV	14,09 \$	10,74 \$
IP	20,90 \$	14,48 \$

- a) 285,42 \$
- b) 573,09 \$
- c) **297,98 \$**
- d) 548,94 \$

Calcul :

Description	Prestation de 1 700 \$ à partir du 31^e jour	Prestation de 1 100 \$ à partir du 121^e jour	Total
1. Montant de base	$100,50 \times 17 = 1\,708,50 \$$	$73,12 \times 11 = 804,32 \$$	2 512,82 \$
2. ICV	$14,09 \times 17 = 239,53 \$$	$10,74 \times 11 = 118,14 \$$	357,67 \$
3. IP	$20,90 \times 17 = 355,30 \$$	$14,48 \times 11 = 159,28 \$$	514,58 \$
4. Frais de police			40 \$
5. Prime annuelle			3 425,07 \$
6. Prime mensuelle	$3\,425,07 \times 0,087 =$		297,98 \$

Réponse 12

Marie désire faire l'acquisition d'une police d'assurance invalidité auprès d'un représentant en assurance de personnes. Lors de leur rencontre, elle a omis de lui déclarer les cinq visites qu'elle a effectuées chez le chiropraticien. C'est lors de l'entretien téléphonique avec l'assureur que cette information a été divulguée.

Dans ces circonstances, quelles mesures seront prises par le service de la souscription ?

- a) Il y aura une exclusion pour les problèmes de dos.
- b) Toutes les déclarations de Marie seront vérifiées attentivement, et un rapport médical sera demandé au praticien afin de vérifier l'état de santé de Marie.**
- c) C'est une situation qui pourrait mettre en doute l'intégrité des parties concernées.
- d) La demande sera refusée, car un contrat d'assurance invalidité est basé principalement sur la bonne foi de la personne à assurer.

Réponse 13

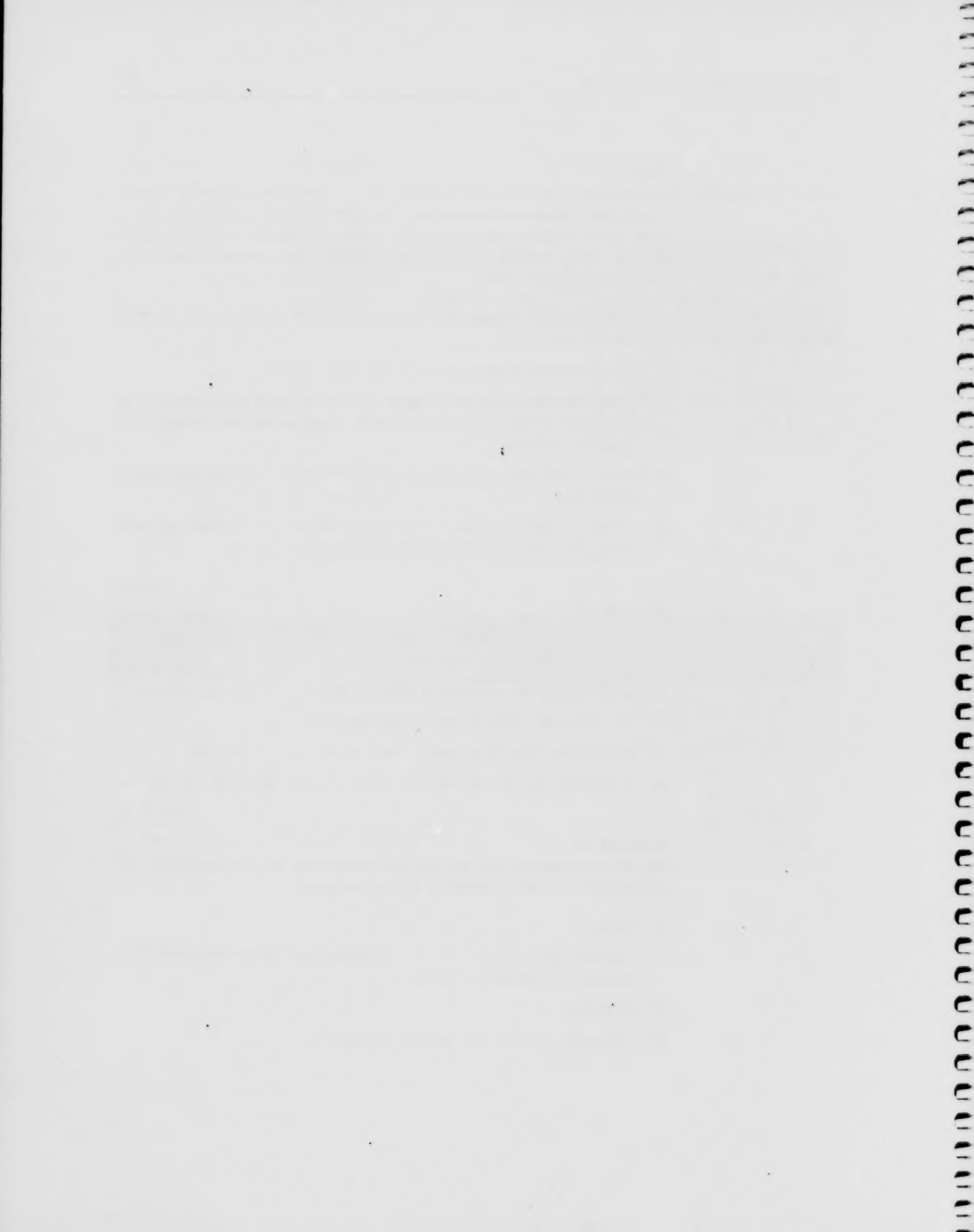
Selon le *Code civil du Québec*, quel est le délai pour faire parvenir la preuve de sinistre à l'assureur ?

- a) Un délai de 30 jours suivant la visite médicale.
- b) Un délai de 90 jours suivant la visite médicale.
- c) Un délai de 90 jours suivant la date de début de l'invalidité.**
- d) Un délai de 120 jours suivant la date de début de l'invalidité.

Réponse 14

Qui doit assumer les frais liés à la présentation de preuves médicales, à la préparation du rapport médical et à la consultation ?

- a) L'assuré.**
- b) L'assuré, sauf pour les frais liés à la présentation de preuves médicales, qui sont à la charge de l'assureur.
- c) L'assureur.
- d) L'assureur, sauf pour les frais de consultation.



Retour sur les apprentissages

Cette activité d'objectivation vous permettra d'évaluer vos points forts et vos points faibles quant au développement des sous-éléments de compétence visés par ce chapitre. Vous pourrez tirer profit de cette expérience d'apprentissage en vous fixant de nouvelles stratégies pour les atteindre.

Répondez aux questions du tableau à l'aide de l'échelle suivante :



Chapitre 7

La tarification et la sélection des risques

Est-ce que je maîtrise les notions et les compétences qui me permettraient :				
D'établir les principaux facteurs de tarification en assurance invalidité ?	1	2	3	4
De définir les principaux facteurs d'assurabilité et leurs caractéristiques ?	1	2	3	4
D'expliquer le concept de classification lié aux activités professionnelles et extraprofessionnelles de l'assuré ?	1	2	3	4
De discerner les principales composantes de la tarification financière ?	1	2	3	4
De développer une vue d'ensemble des fonctions assumées par le service de la souscription dans l'évaluation des propositions d'assurance invalidité ?	1	2	3	4
De décrire les étapes du processus de réclamation et les principaux aspects liés au processus ?	1	2	3	4

Estimez-vous maîtriser tous ces sous-éléments de compétence ? Si oui, félicitations ! Vous êtes maintenant en mesure de poursuivre avec le prochain chapitre.

Si vous en doutez, il est recommandé de revoir les sections traitant des sous-éléments de compétence non maîtrisés. Vous devriez revoir les notions qui vous permettront d'améliorer votre maîtrise de chaque sous-élément de compétence. N'oubliez pas de mettre à jour votre plan d'étude !

Lorsque vous serez satisfait de votre compréhension, passez au chapitre suivant.

Chapitre 8

L'analyse des besoins

Élément de la compétence

- Élaborer un programme d'assurance invalidité en fonction de la situation actuelle du client.

Sous-éléments de la compétence

- Dresser un portrait du client à l'aide de renseignements personnels, professionnels et financiers;
- Déterminer les besoins réels du client en cas d'invalidité sur la base de l'analyse de sa situation personnelle, financière et professionnelle;
- Concevoir les solutions possibles et émettre des recommandations fondées sur les données recueillies et sur leur analyse.

Contenu

- L'analyse des besoins de protection en cas d'invalidité, plus spécifiquement :
 - l'évaluation de la situation actuelle;
 - l'analyse de la situation financière et la détermination des besoins;
 - les recommandations;
 - les marchés cibles en assurance invalidité;
 - les mises en situation selon les marchés.

Activités d'apprentissage

- Lecture;
- Exercice d'autoévaluation;
- Corrigé de l'exercice d'autoévaluation.

8. L'analyse des besoins

Ce chapitre traite de l'analyse des besoins du client que le représentant en assurance de personnes doit effectuer afin d'être en mesure d'élaborer un programme d'assurance invalidité adapté aux besoins de protection de son client.

La première section aborde l'évaluation de la situation actuelle du client sur les plans personnel, professionnel, médical et financier, de même que sur le plan des protections d'assurance invalidité qu'il détient. La deuxième section fait état des besoins de protection en fonction des données recueillies lors de l'analyse financière et professionnelle du client.

Ensuite, la troisième section présente des recommandations relatives aux produits et aux garanties optionnelles à offrir aux différentes clientèles cibles en assurance invalidité.

La quatrième section traite des marchés cibles en assurance invalidité et enfin, la dernière section présente des mises en situation selon les marchés.

8.1. L'évaluation de la situation actuelle

L'évaluation de la situation personnelle du client constitue la première étape de l'analyse de ses besoins advenant une invalidité. Afin de faire une bonne évaluation, le représentant devra recueillir des renseignements sur différents aspects de sa situation, soit :

- les renseignements personnels, professionnels et médicaux le concernant;
- ses objectifs;
- son budget mensuel;
- ses protections en vigueur.

8.1.1. Les renseignements personnels

8.1.1.1. L'âge

Au moment de la souscription, l'âge de l'assuré doit se situer entre 18 et 60 ans. Compte tenu des risques élevés d'invalidité après l'âge de 60 ans, la plupart des compagnies n'assurent plus les personnes qui ont atteint cet âge. De plus, la durée du contrat se termine habituellement à 65 ans.

8.1.1.2. Le sexe

Le taux de morbidité est moins élevé chez les hommes que chez les femmes. En 2006, selon Statistique Canada, les femmes perdaient en moyenne 8,8 jours de travail par année pour cause de maladie ou d'incapacité, comparativement à 6,7 jours pour les hommes. La prime pour les femmes est donc plus élevée que celle pour les hommes.

8.1.1.3. La catégorie de risque

Les données recueillies permettent de classer le client dans une catégorie de risque et, ainsi, de fixer le taux de sa prime. Par exemple, une personne qui n'a jamais fumé ou qui n'a pas fumé au cours des douze derniers mois peut bénéficier d'un taux privilégié. Les écarts entre les fumeurs et les non-fumeurs sont plus élevés après l'âge de 40 ans.

8.1.2. Les renseignements professionnels

8.1.2.1. Le revenu gagné

Le revenu gagné au cours de la dernière année (salarié) ou des deux dernières années (travailleur autonome ou à son compte) permet d'établir le montant maximum de la prestation. L'assuré qui gagne un revenu élevé, plus de 70 000 \$ par exemple, peut bénéficier d'une valorisation de sa classe d'assuré.

8.1.2.2. L'emploi

L'emploi occupé au moment de la souscription et les activités professionnelles liées à l'emploi sont des informations essentielles pour établir la prime, le type de contrat, la classe professionnelle et les options à offrir. Par ailleurs, les exigences physiques de l'emploi constituent un facteur important dans la classification professionnelle.

Exemple

Luc a 36 ans et est fumeur. Il est copropriétaire d'une entreprise de pièces d'automobile. Il gagne 57 600 \$ par année. Il désire une protection de 2 600 \$ par mois. Il ne cotise pas à l'assurance-emploi ni à la CSST.

Répartition de ses tâches :

40 % : service à la clientèle

20 % : achat de pièces

20 % : administration

20 % : travail manuel – manipulation de pièces

Luc ne peut pas bénéficier d'une classe 3A à cause des tâches manuelles qu'il accomplit dans le cadre de son travail. Il peut facilement se blesser au dos ou subir un accident en laissant échapper une lourde pièce.

Toutefois, s'il gagnait plus de 70 000 \$, il pourrait bénéficier d'une classe supérieure.

8.1.2.3. L'environnement de travail

L'environnement de travail est un autre facteur important à considérer dans l'analyse des besoins. Certains milieux présentent plus de risques pour les travailleurs que d'autres. Les tenanciers de bar, par exemple, sont plus à risque d'invalidité que les travailleurs de bureau.

8.1.3. Les renseignements médicaux

8.1.3.1. L'état de santé actuel

L'état de santé actuel revêt une importance capitale en assurance invalidité, car certains problèmes de santé qui peuvent être considérés mineurs en assurance vie sont traités d'une tout autre façon en assurance invalidité. Ainsi, un client qui consulte un chiropraticien pour des maux de dos pourrait contracter une assurance vie sans problème, mais une exclusion relative à la région du dos affectée pourrait être incluse dans son contrat d'assurance invalidité.

8.1.3.2. Les antécédents médicaux

Les antécédents médicaux permettent d'évaluer les probabilités de récurrences. Dans le cas de l'assuré qui a été traité pour des douleurs dans une région du dos, il est important de recueillir le plus d'informations possible pour permettre au tarificateur de vérifier son assurabilité. S'il a subi un arrêt de travail, les risques sont plus élevés. Des restrictions quant à la durée de l'invalidité seront également considérées. Il faut donc aviser l'assuré qu'une exclusion relative à son dos pourrait être inscrite dans son contrat.

8.1.3.3. Les antécédents familiaux

Les antécédents familiaux permettent de détecter les maladies dites héréditaires. Si les parents sont décédés d'une maladie grave alors qu'ils avaient moins de 60 ans, le tarificateur se renseignera sur les probabilités de transmission de la maladie aux enfants. Et s'il y a eu un décès parmi les frères et sœurs, il voudra connaître la cause du décès.

8.1.4. Les objectifs

Les objectifs du client permettent de déterminer son profil. Le profil du client comprend des renseignements sur sa famille, son travail et ses finances. Cet aspect de l'analyse n'est pas négligeable et requiert une attention spéciale. Selon les réponses obtenues, il est possible d'évaluer la situation financière du client.

Au cours de l'entrevue, deux catégories de questions seront posées, soit des questions portant sur les faits et des questions portant sur les sentiments.

Les questions portant sur les faits

Les questions portant sur les faits servent à connaître la situation financière du client, sa stabilité au travail et d'autres éléments essentiels à l'analyse. Toutes ces questions exigent des réponses objectives et la transmission de données vérifiables.

Exemples

Avez-vous l'intention de changer d'emploi ?

Avez-vous l'intention d'acquérir une nouvelle propriété ?

Quelle est votre méthode d'épargne ?

À quel âge comptez-vous prendre votre retraite ?

Les questions portant sur les sentiments

Les questions portant sur les sentiments servent à connaître les motivations et les besoins du client.

Bien sûr, les gens s'attendent à une diminution de leur capacité physique lorsqu'ils vieillissent, et c'est la raison qui les incite à économiser pour cesser de travailler à l'âge de la retraite ; mais qu'arrive-t-il si une personne est privée de sa principale source de revenu, soit son salaire, avant la retraite ? Il convient de donner au client un exemple illustrant le côté imprévisible des événements.

Exemples

Qu'arriverait-il si l'entreprise où vous travaillez fermait ses portes du jour au lendemain sans vous prévenir ?

Il en est de même pour l'invalidité. Qu'arriverait-il si vous aviez un accident demain matin et que vous étiez dans l'incapacité de retourner au travail ?

Selon la situation financière du client, sa réaction sera probablement de dire qu'il se retrouverait dans une situation difficile à court ou à moyen terme.

8.1.5. Le budget mensuel

Il est important de rechercher un équilibre entre le coût de l'assurance invalidité et l'ensemble des dépenses du client.

Le budget est un outil de gestion permettant à un individu d'utiliser les ressources à sa disposition pour satisfaire ses besoins et ses aspirations.

8.1.5.1. L'apport du budget

L'élaboration du budget permet d'amorcer une réflexion sur les valeurs du client, sur les éléments importants dans sa vie et sur ses motivations. Il ne s'agit pas uniquement d'une forme de tenue des comptes.

Le budget vise la rationalisation de la consommation tout en favorisant la réalisation de projets à court, à moyen et à long termes.

8.1.5.2. L'objectif du budget

L'objectif ultime du budget, par rapport à l'analyse des besoins en assurance invalidité, est de dégager des sommes pour payer le coût des primes de l'assurance invalidité couvrant les besoins de protection établis pour un client. La comparaison des revenus et des dépenses facilite grandement l'atteinte de cet objectif.

Le tableau 8.1 donne un exemple, en résumé, des dépenses mensuelles classées en cinq grandes catégories : logement, famille, transport, divers et épargne. Ce sommaire permet de savoir où est dépensé l'argent gagné.

Tableau 8.1 Résumé des dépenses mensuelles

	Montant prévu	Résultat	Écart
A) Logement			
Loyer ou hypothèque			
Télévision et téléphone			
Électricité et chauffage			
Assurance habitation			
Taxes			
Résidence secondaire			
Mobilier			
Autres frais			
Total mensuel partiel (A)			
B) Famille			
Nourriture			
Argent de poche			
Vêtements			
Frais de scolarité			
Pharmacie			
Sorties et vacances			
Garderie			
Frais dentaires et lunettes			
Journaux et magazines			
Tabac et alcool			
Autres frais			
Total mensuel partiel (B)			

	Montant prévu	Résultat	Écart
C) Transport			
Essence			
Entretien			
Amortissement			
Remboursement de prêts			
Assurances			
Immatriculation et permis			
Stationnement			
Transport en commun			
Autres frais			
Total mensuel partiel (C)			
D) Divers			
Assurances vie			
Autres assurances			
Pension alimentaire			
Autres frais			
Total mensuel partiel (D)			
E) Épargne			
Total mensuel : A + B + C + D + E			

8.1.5.3. Les types de revenus

Pour préparer un budget, il faut comparer les dépenses mensuelles avec les revenus. Il y a plusieurs sortes de revenus :

- les salaires nets ;
- les revenus de commissions ;
- les allocations familiales ou les prestations fiscales ;
- les revenus de placements ;
- les revenus de location ;
- les revenus de pension ;
- la pension alimentaire ;
- les autres revenus.

L'élaboration du budget peut demander un certain temps, mais cet exercice permettra au client de savoir où son argent est dépensé et d'être en mesure de réagir rapidement, selon ses objectifs et ses besoins.

8.1.5.4. L'équilibre entre les revenus et les dépenses

Il s'agit de concilier les revenus et les dépenses, qui doivent s'équilibrer.

Il ne doit y avoir ni surplus ni déficit. Cela suppose une intégration de l'épargne dans les dépenses.

S'il y a surplus, il faut :

- vérifier si les revenus ont été surévalués ;
- vérifier si des dépenses ont été oubliées ;
- vérifier si les prévisions de dépenses sont réalistes.

S'il y a déficit, il faut :

- vérifier si des revenus ont été oubliés ;
- vérifier si des dépenses ont été surévaluées ;
- vérifier le montant des épargnes par rapport au montant de l'année précédente (ce qui indique une désépargne, c'est-à-dire la transformation d'une épargne en consommation).

Exemple de budget

Pierre, arpenteur-géomètre depuis 22 ans, a des revenus nets mensuels de 2 900 \$. Il a inscrit ses dépenses dans le tableau qui suit.

	Montant prévu par mois	Résultat	Écart
A) Logement			
Loyer ou hypothèque	570 \$		
Télévision et téléphone	50 \$		
Électricité et chauffage	80 \$		
Assurance habitation			
Taxes			
Résidence secondaire			
Mobilier	100 \$		
Autres frais			
Total mensuel partiel (A)	800 \$		
B) Famille			
Nourriture	500 \$		
Argent de poche	200 \$		
Vêtements	150 \$		
Frais de scolarité			
Pharmacie	50 \$		
Sorties et vacances	200 \$		
Garderie			
Frais dentaires et lunettes	25 \$		
Journaux et magazines	25 \$		
Tabac et alcool	50 \$		
Autres frais			
Total mensuel partiel (B)	1 200 \$		

	Montant prévu par mois	Résultat	Écart
C) Transport			
Essence	100 \$		
Entretien	100 \$		
Amortissement	200 \$		
Remboursement de prêts			
Assurances	80 \$		
Immatriculation et permis	50 \$		
Stationnement	70 \$		
Transport en commun			
Autres frais			
Total mensuel partiel (C)	600 \$		
D) Divers			
Assurances vie	120 \$		
Autres assurances	30 \$		
Pension alimentaire			
Autres frais			
Total mensuel partiel (D)	150 \$		
E) Épargne	150 \$		
Total mensuel A + B + C + D + E	2 900 \$		

Même si Pierre vit seul, il a l'impression que son rythme de vie est raisonnable et respecte ses revenus.

En somme, son budget est équilibré : ses dépenses et ses revenus sont équivalents.

8.1.6. Les protections en vigueur

Si le client détient des polices d'assurance invalidité, individuelles ou collectives, il faut les considérer dans l'établissement de la prestation. Il faut tenir compte :

- de l'émetteur de la police;
- du type de contrat;
- de la date d'émission du contrat;

- du montant des protections;
- de la durée des prestations;
- du délai de carence;
- des garanties facultatives;
- des exclusions ou des surprimes.

Il faut vérifier toutes les informations afin de bien renseigner le client sur les contrats qu'il détient.

Ensuite, il est important de vérifier si le client est couvert par différents régimes d'État.

Il se peut que le client ne soit couvert par aucune police d'assurance collective ou individuelle, si ce n'est les garanties offertes par les régimes d'État. Au moment de l'émission du contrat, le seul régime qui doit être coordonné avec l'assurance individuelle est la prestation d'assurance-emploi. En ce qui a trait aux prestations des autres régimes d'État, ce n'est que lors d'une réclamation que l'assureur fera la coordination.

8.2. L'analyse de la situation financière et la détermination des besoins

L'analyse de la situation financière en cas d'invalidité est un travail de préparation qui permet de cerner les besoins réels du client et, ensuite, de lui proposer une assurance invalidité qui répond bien à ses besoins. Il s'agit d'analyser les renseignements obtenus lors de l'évaluation de la situation actuelle du client, de cerner ses besoins et de proposer des solutions.

8.2.1. La vérification des données

Dans cette analyse, il faut prêter attention aux objectifs du client au même titre qu'aux données financières. Ces dernières permettent de suggérer un produit adapté aux besoins du client, alors que les objectifs, lorsqu'ils sont bien exprimés, permettent au client d'établir un plan d'action afin de les atteindre.

8.2.2. La détermination des besoins en assurance invalidité

Afin de connaître les besoins du client en matière d'assurance invalidité, il est important, dans un premier temps, de lui faire prendre conscience des conséquences d'une invalidité.

Questions à poser au client :

- Si un accident ou une maladie vous empêchait d'occuper votre emploi pendant plusieurs mois, quelles seraient vos ressources pour faire face à vos obligations financières ?

La réponse donnée permet de savoir si le client a envisagé cette situation.

- Pendant combien de temps vos économies vous permettraient-elles de subvenir à vos besoins ?

La réponse donnée permet de savoir s'il serait prêt à utiliser ses économies.

- Pensez-vous qu'il vous serait facile d'obtenir un emprunt auprès de votre institution financière ?

La réponse donnée permet d'évaluer la solvabilité du client.

- Seriez-vous obligé de retirer des sommes que vous aviez épargnées en vue de votre retraite ?

La réponse donnée permet de connaître l'importance qu'il accorde au maintien de son niveau de vie à la retraite.

- Seriez-vous obligé de vendre votre maison ? À quel prix ?

Les réponses données permettent d'évaluer son degré d'appartenance au milieu.

- Une invalidité prolongée aurait-elle des conséquences pour votre vie familiale ?

La réponse donnée permet de connaître son rôle dans la famille.

Ces questions sont importantes, car elles permettront au client de se rendre compte qu'il doit penser à protéger le bien le plus précieux qui soit, sa capacité de gagner un revenu.

Par la suite, le représentant doit déterminer les besoins du client. Pour ce faire, il doit analyser avec le client sa situation actuelle, ses besoins particuliers selon sa situation professionnelle et le manque à gagner en cas d'invalidité.

8.2.2.1. La situation actuelle du client

L'analyse de la situation actuelle du client s'effectue à l'aide des renseignements personnels recueillis, de ses objectifs, de son budget et de ses protections d'assurance invalidité en vigueur, s'il y a lieu.

À cette étape, certains documents seront nécessaires afin d'établir ses besoins :

- déclarations de revenus des deux dernières années ;
- polices d'assurance invalidité individuelles en vigueur ;
- relevé d'un programme de protection d'assurance collective en vigueur ;
- état des revenus et dépenses (budget) ;
- retenues salariales (afin de déterminer son revenu net) ;
- toute convention d'actionnariat ou d'association.

8.2.2.2. Les besoins particuliers du client

Afin de déterminer les besoins particuliers du client en matière d'assurance invalidité, le représentant doit lui poser certaines questions qui permettront de bâtir un programme d'assurance bien adapté à ses besoins.

- Advenant un arrêt de travail, pendant combien de temps vos économies vous permettraient-elles de subvenir à vos besoins ?

La réponse à cette question permet d'établir le délai de carence le mieux adapté à sa situation.

- Quel est votre revenu mensuel net ?

La réponse à cette question permet d'établir le montant de prestation maximal auquel il a droit.

- Votre revenu augmentera-t-il au cours des prochaines années ? De combien, approximativement ?

La réponse à ces questions permet d'établir le montant d'assurabilité future si le client désire se procurer cette garantie optionnelle.

- Avez-vous occupé différents emplois au cours des dernières années ?

La réponse à cette question permet d'établir la pertinence de lui offrir l'option de prolongation de la profession habituelle.

- Si vous étiez invalide pendant une longue période, aimeriez-vous que vos prestations soient indexées au coût de la vie afin de protéger votre pouvoir d'achat ?

La réponse à cette question permet d'établir s'il est judicieux pour le client d'acquérir l'option d'indexation au coût de la vie.

- Quel montant seriez-vous prêt à investir afin de couvrir vos besoins ?

La réponse donnée permet de connaître le montant que le client est prêt à déboursier pour se procurer les protections dont il a besoin. Si le client n'a pas déterminé de montant, le budget mensuel permet de connaître le montant mensuel dont il dispose pour se les procurer.

Si le montant ainsi obtenu ne permet pas au client d'acquérir toutes les protections dont il aurait besoin, le rôle du représentant sera de le conseiller en l'aidant à déterminer les protections prioritaires, selon ses besoins et en fonction de sa capacité de payer.

8.2.2.3. La situation professionnelle du client

Il est essentiel pour le représentant en assurance de bien connaître son client sur le plan professionnel afin de lui poser les questions adéquates concernant son travail et, ainsi, de bien déterminer les besoins qui lui sont liés.

Par exemple, si le client est un professionnel de la santé, le représentant lui posera, entre autres, des questions sur la probabilité d'être infecté dans son milieu de travail. Si le client est le propriétaire d'une entreprise ou un travailleur à son compte, le représentant lui demandera plutôt de quelle façon il compte payer ses frais fixes advenant une invalidité et s'il a prévu une relève pour son travail.

8.2.2.4. Le manque à gagner

Une fois que les besoins du client en cas d'invalidité sont déterminés et chiffrés, le représentant peut calculer le montant d'assurance dont le client aurait besoin pour continuer à couvrir ses dépenses. Ce montant représente, en quelque sorte, le manque à gagner s'il se trouvait en situation d'invalidité.

Ensuite, en fonction du revenu assurable du client et en fonction de son revenu net, le représentant peut déterminer le montant de prestation maximal en cas d'invalidité que son client peut acquérir.

Pour couvrir leurs dépenses, certains clients auront besoin du montant maximal de prestation, selon le revenu gagné. D'autres, par exemple, pourraient n'avoir besoin que d'une partie de ce montant s'ils perçoivent des revenus autres que ceux provenant de leur travail ou, encore, si leurs dépenses mensuelles sont moindres que les revenus qu'ils gagnent. Afin d'établir le montant de protection en cas d'invalidité, les compagnies ont établi des maximums basés sur le revenu brut du client. Habituellement, ce montant varie entre 60 % et 70 % du revenu brut, et ce, pour un salaire entre 35 000 \$ et 60 000 \$. Lorsque le revenu est peu élevé, le maximum peut atteindre plus de 80 %, sans toutefois dépasser 90 % du revenu brut. Le contraire peut également se produire lorsque les revenus sont élevés. Le maximum peut être de moins de 50 %, et des limites sont établies par classe d'assurés.

8.3. Les recommandations

À la suite de l'analyse des besoins en fonction du manque à gagner calculé, le représentant doit être en mesure d'effectuer des recommandations reposant sur les besoins du client et sur sa capacité de payer.

8.3.1. Les caractéristiques du produit

Afin de répondre aux besoins de protection du client, le représentant doit sélectionner le produit et les options qui sont adaptés à sa situation. Pour ce faire, il doit déterminer :

- le type de contrat ;
- le délai de carence ;
- la durée des prestations ;
- les garanties optionnelles.

8.3.1.1. Le type de contrat

Selon son choix, le client pourra bénéficier d'un contrat garanti irrévocable, garanti renouvelable ou résiliable. Il est préférable de lui offrir le contrat lui offrant les meilleures garanties selon sa capacité de payer. Bien que la majorité des professions soient admissibles au contrat garanti irrévocable, les garanties peuvent différer selon la catégorie professionnelle. Par exemple, les professionnels peuvent bénéficier d'une protection jusqu'à 65 ans et de la majorité des options offertes par la compagnie. De leur côté, les travailleurs manuels (classe B) pourront bénéficier d'une protection d'une durée de 24 mois et peu d'options leur seront offertes. Il en est de même pour les autres types de contrat. Le choix du type de contrat pour le travailleur se fera en fonction de la somme qu'il désire investir pour obtenir la protection.

8.3.1.2. Le délai de carence

Afin de connaître le délai de carence qui convient le mieux au client, il faut évaluer la durée de la période pendant laquelle il peut subvenir à ses besoins advenant une invalidité. Pour ce faire, il faut déterminer les liquidités disponibles à court terme provenant de différentes sources, comme les placements de moins d'un an, les cartes de crédit et la marge de crédit.

Si le client est un salarié, il faut tenir compte du fait qu'il pourra bénéficier de l'assurance-emploi pendant 120 jours. Les prestations de ce régime d'État seront-elles suffisantes pour lui permettre de subvenir à ses besoins durant cette période ? Il faut prévoir les limites du régime et ajuster le montant de la protection désirée en conséquence. Un salarié qui gagne 50 000 \$ et plus

par année verra ses revenus diminués sensiblement s'il ne reçoit que les prestations de ce régime d'État. Il devra, pendant cette période de 120 jours, couvrir la différence en puisant dans ses liquidités.

Lorsque le client choisit une période d'attente de 120 jours, l'assurance-emploi sera le premier payeur et, par la suite, son assurance invalidité versera la prestation prévue au contrat ou selon les conditions prévues au contrat.

Le délai le plus fréquent est de 30 jours dans la catégorie des professionnels à leur compte, des travailleurs autonomes et des propriétaires d'entreprises, puisque ces derniers ne bénéficient pas de l'assurance-emploi.

Le délai de carence est un facteur important dans le calcul de la prime. Il a pour effet d'éliminer en très grande partie les demandes de prestations de courte durée. Plus le délai d'attente est élevé, moins la prime d'assurance est élevée.

8.3.1.3. La durée des prestations

L'autre aspect important à considérer est la durée des prestations. La prestation la plus longue court jusqu'à l'âge de 65 ans. La durée à privilégier dépend de l'âge du client, de ses responsabilités familiales, de sa classe professionnelle et de sa capacité de payer. Le représentant doit tenir compte des désirs du client tout en lui faisant prendre conscience de la réalité advenant une invalidité à long terme. Selon le type de contrat, la prestation jusqu'à 65 ans n'est pas offerte pour toutes les classes professionnelles. Dans les contrats garantis renouvelables et les contrats résiliables, la durée des prestations est habituellement de 24 et 60 mois.

8.3.1.4. Les garanties optionnelles

Les garanties optionnelles viennent compléter les besoins de protection du client.

Toutefois, les garanties optionnelles ne sont pas toutes offertes à tous les travailleurs. Les garanties le plus souvent retenues sont l'exonération des primes, si cette garantie n'est pas offerte d'office dans le contrat, et la garantie d'assurabilité future, qui permet à l'assuré d'augmenter sa protection sans preuve d'assurabilité.

L'importance accordée aux garanties optionnelles dépend des préoccupations du client. Certains clients voudront garantir leur profession habituelle jusqu'à l'échéance du contrat, car ils ne veulent pas être obligés d'occuper d'autres fonctions après une certaine période de temps. D'autres clients accorderont peu d'importance à cette garantie, mais se soucieront de préserver leur pouvoir d'achat advenant une invalidité de longue durée. Bien

sûr, les choix seront faits également en fonction de la capacité de payer du client.

8.3.2. La présentation des recommandations

Habituellement, il est conseillé de présenter deux solutions au client afin qu'il puisse faire un choix en fonction de ses besoins et de sa capacité de payer.

Exemple

Josée occupe la fonction de directrice du personnel dans une entreprise d'aliments naturels. Son revenu gagné s'établit à 38 000 \$ et son taux d'imposition est de 28 %. Elle cotise à l'assurance-emploi et au Régime de rentes du Québec. Elle a une feuille de route lui permettant d'occuper d'autres emplois dans son entreprise ou ailleurs. Sur la base des taux suivants, calculez le montant de la prestation maximale et de la prime selon différents délais de carence. Faites vos recommandations en supposant que Josée ne veut pas payer une prime trop élevée mais désire être bien protégée.

Taux annuel par tranche de 100 \$ de prestation			
Délai de carence	31 ^e jour	61 ^e jour	121 ^e jour
Police de base	44,22 \$	33,36 \$	29,21 \$
ICV	7,75 \$	6,23 \$	5,18 \$
PPPH	3,65 \$	3,65 \$	3,65 \$
OPR (1 000 \$)	3,89 \$	3,03 \$	2,66 \$

Frais de police de 45,00 \$ par année.

Prélèvement mensuel = Prime annuelle \times 0,087.

Calcul de la prime

Dans un premier temps, il est important de considérer le fait que Josée cotise à l'assurance-emploi ainsi qu'au Régime de rentes du Québec. Son revenu mensuel correspond à 3 167 \$ par mois (38 000 \$ \div 12).

Selon le tableau des limites d'établissement du chapitre 7 (tableau 7.3), elle aurait droit à 900 \$ après le délai de carence qu'elle choisira pour son contrat (colonne 2) et à 1 200 \$ après 120 jours (colonne 3).

1 ^{er} scénario	Prestation à partir du 31 ^e jour	Prestation à partir du 121 ^e jour	Total
Police de base	$44,22 \$ \times 9 = 397,98 \$$	$29,21 \$ \times 12 = 350,52 \$$	748,50 \$
ICV	$7,75 \$ \times 9 = 69,75 \$$	$5,18 \$ \times 12 = 62,16 \$$	131,91 \$
PPPH	$3,65 \$ \times 9 = 32,85 \$$	$3,65 \$ \times 12 = 43,80 \$$	76,65 \$
OPR (1 000 \$)	$3,89 \$ \times 10 = 38,90 \$$		38,90 \$
Frais de police			45,00 \$
Total de la prime annuelle			1 040,96 \$
Total de la prime mensuelle	(prime annuelle \times 0,087)		90,56 \$

2 ^e scénario	Prestation à partir du 61 ^e jour	Prestation à partir du 121 ^e jour	Total
Police de base	$33,36 \$ \times 9 = 300,24 \$$	$29,21 \$ \times 12 = 350,52 \$$	650,76 \$
ICV	$6,23 \$ \times 9 = 56,07 \$$	$5,18 \$ \times 12 = 62,16 \$$	118,23 \$
PPPH	$3,65 \$ \times 9 = 32,85 \$$	$3,65 \$ \times 12 = 43,80 \$$	76,65 \$
OPR (1 000 \$)	$3,03 \$ \times 10 = 30,30 \$$		30,30 \$
Frais de police			45,00 \$
Total de la prime annuelle			920,94 \$
Total de la prime mensuelle	(prime annuelle \times 0,087)		80,12 \$

3° scénario	Prestation à partir du 121° jour	Total
Police de base	29,21 \$ × 21 =	613,41 \$
ICV	5,18 \$ × 21 =	108,78 \$
PPPH	3,65 \$ × 21 =	76,65 \$
OPR (1 000 \$)	2,66 \$ × 10 =	26,60 \$
Frais de police		45,00 \$
Total de la prime annuelle		870,44 \$
Total de la prime mensuelle	(prime annuelle × 0,087)	75,73 \$

Recommandations

La première solution proposée sera l'intégration à l'assurance-emploi avec un délai de carence de 31 jours pour le montant maximal, selon le tableau des limites d'établissement.

Une deuxième solution sera proposée : puisque Josée ne veut pas payer une prime trop élevée tout en étant bien protégée, le représentant pourrait lui conseiller de choisir le 2^e scénario. Ce dernier est moins cher que le premier, et l'écart de prix entre le 2^e et le 3^e (entre les délais de carence de 61 et de 121 jours) n'est pas assez important pour justifier l'allongement du délai de carence.

8.4. Les marchés cibles en assurance invalidité

Les professionnels

Avocats, notaires, médecins, comptables sont parmi les clients ciblés par les compagnies d'assurance qui offrent des produits d'assurance garantis irrévocables. Dans ce type de marché, les primes sont garanties et nivelées. De plus, les périodes d'indemnisation et les délais de carence s'adaptent aux besoins du client et sont très variables. Les salariés qui bénéficient de l'assurance-emploi ont tendance à choisir un délai de carence de 120 jours.

Les autres catégories d'emploi admissibles

Les travailleurs de bureau, les propriétaires d'entreprises et les agriculteurs sont également ciblés par les compagnies pour les contrats garantis irrévocables. Les primes sont garanties et nivelées. La période d'indemnisation et le délai de carence sont choisis par le client, selon ses besoins. Ce type de clientèle, n'étant pas admissible à l'assurance-emploi, opte fréquemment pour des délais de carence plus courts et vont habituellement couvrir leurs besoins jusqu'à l'âge de 65 ans.

Les travailleurs autonomes et les propriétaires de nouvelles entreprises

Les travailleurs autonomes et les propriétaires de nouvelles entreprises se qualifient habituellement pour un type de contrat garanti renouvelable; ce marché inclut les classes 4A, 3A, 2A et A. Certaines compagnies offrent ce type de contrat à la classe B (travailleurs manuels), même si cette catégorie de travailleurs est plus à risque. Les périodes d'indemnisation et les délais de carence sont variables.

Les travailleurs saisonniers, à temps partiel et à domicile, et les professions non assurables

Les travailleurs saisonniers, à temps partiel et à domicile, et les personnes qui exercent une profession non assurable se voient offrir un contrat résiliable qui comporte habituellement plusieurs exclusions. Les primes ne sont pas garanties et peuvent être modifiées pour une classe d'assurés. La période d'indemnisation est de courte durée, et le délai de carence est habituellement de 30 jours en cas de maladie.

8.5. Les mises en situation selon les marchés

Pour vous aider à établir le montant des prestations versées dans les différentes mises en situation proposées, nous vous invitons à vous référer au tableau 7.3 intitulé « Exemples de limites d'établissement selon le revenu et prestations payables coordonnées à l'assurance-emploi », dans le chapitre 7.

8.5.1. La salariée

Arnouze a 38 ans. Elle occupe un poste d'ingénieure depuis deux ans, mais elle travaille pour la compagnie TLX depuis 5 ans. Auparavant, elle occupait un poste administratif au sein de la compagnie. Elle gagne 48 000 \$ par année et son taux d'imposition est de 35 %. Elle est mariée et mère de deux enfants. Elle possède des actifs à court terme lui permettant de subvenir aisément à ses besoins pendant une période de deux mois. Elle n'a aucune assurance collective et ne possède pas d'assurance invalidité individuelle. Ses possibilités de revenus sont élevées.

Les recommandations proposées

Un contrat garanti irrévocable, puisque Arnouze se qualifie pour ce type de contrat et que le montant des prestations et les primes sont garantis pendant toute la durée du contrat.

La classe professionnelle d'Arnouze est une classe 4A; un ingénieur est un professionnel admissible à la classe 4A chez presque tous les assureurs.

Puisque Arnouze est salariée et qu'elle cotise à l'assurance-emploi, le montant de la prestation d'invalidité sera ajusté en fonction des prestations pouvant être versées par l'assurance-emploi.

Puisque les actifs d'Arnouze lui permettent de subvenir à ses besoins durant 2 mois, le délai de carence idéal serait de 60 jours avec coordination à l'assurance-emploi pendant une période maximale de 120 jours.

Puisque le revenu gagné mensuel est de 4 000 \$ (48 000 \$ ÷ 12), le montant des prestations selon les limites d'établissement (voir le tableau 7.3, colonne 2) sera de 1 450 \$ pendant 2 mois (entre la fin du délai de carence de 60 jours et le 120^e jour), en complément des prestations versées par l'assurance-emploi.

Après 120 jours, Arnouze recevra 1 150 \$ de plus (voir le tableau 7.3, colonne 3), pour un total de prestation de 2 600 \$ (voir le tableau 7.3, colonne 4).

La durée des prestations recommandée s'étendra jusqu'à ce qu'Amouze atteigne l'âge de 65 ans, ce qui lui assurera une protection en cas d'invalidité de longue durée.

Les options recommandées sont :

- l'assurabilité future, qui lui permettra d'augmenter sa protection sans preuve d'assurabilité;
- la prolongation de la profession habituelle, qui lui permettra de recevoir des prestations pendant toute la durée de son invalidité sans égard à son expérience en administration;
- l'invalidité résiduelle, qui lui permettra de recevoir des prestations dans le cas d'un retour progressif au travail;
- l'indexation selon le coût de la vie, qui protégera son pouvoir d'achat dans le cas d'une invalidité de longue durée.

8.5.2. L'actionnaire

Voici maintenant le cas de Robert, qui possède sa propre entreprise depuis cinq ans et qui se fait verser un salaire 48 000 \$ par année. Son taux d'imposition est de 35 %. Les profits réalisés sont de l'ordre de 50 000 \$ annuellement et sont réinvestis dans le développement de la société. Robert occupe principalement des fonctions administratives au sein de son entreprise.

Il est marié et père de deux enfants. Il possède des actifs à court terme lui permettant de subvenir aisément à ses besoins pendant une période de deux mois. Il n'a aucune assurance collective et ne possède pas d'assurance invalidité individuelle.

Les recommandations proposées pour l'actionnaire

Un contrat garanti irrévocable, puisque Robert est propriétaire de son entreprise depuis plus de deux ans et qu'il peut se qualifier pour ce type de contrat.

La classe professionnelle de Robert est une classe 3A, mais il pourrait bénéficier d'une revalorisation de sa classe (basée sur les profits de l'entreprise).

La période d'attente sera de 60 jours, puisque Robert peut subvenir à ses besoins pendant cette période.

Le revenu gagné mensuel est de 4 000 \$ ($48\,000 \$ \div 12$) et le montant des prestations selon les limites d'établissement sera de 2 600 \$ (tableau 7.3, colonne 4), car il n'a pas droit à l'assurance-emploi.

La durée des prestations recommandée s'étendra jusqu'à ce que Robert atteigne l'âge de 65 ans afin de le couvrir en cas d'une invalidité de longue durée.

Les options recommandées sont : l'assurabilité future, la prolongation de la profession habituelle, l'invalidité résiduelle et l'indexation selon le coût de la vie, et ce, pour les mêmes raisons que dans le cas précédent. Puisque Robert est un actionnaire, le représentant pourrait également lui proposer l'option frais généraux.

8.5.3. La travailleuse autonome

Micheline, quant à elle, travaille à son compte depuis cinq ans. Elle gagne 48 000 \$ par année et son taux d'imposition est de 35 %. Elle est mariée et mère de deux enfants. Elle possède des actifs à court terme lui permettant de subvenir aisément à ses besoins pendant une période de deux mois. Elle n'a aucune assurance collective et ne possède pas d'assurance invalidité individuelle.

Les recommandations proposées pour la travailleuse autonome

Un contrat garanti renouvelable, parce que les travailleurs autonomes se qualifient habituellement pour ce type de contrat.

La classe professionnelle de Micheline est une classe 3A.

La période d'attente sera de 60 jours, car elle peut subvenir à ses besoins durant les 2 premiers mois.

Le montant des prestations, selon les limites d'établissement, sera de 2 600 \$, à cause de son revenu mensuel moyen de 4 000 \$ et parce qu'elle n'a pas droit à l'assurance-emploi.

La durée des prestations recommandée sera la plus longue période, soit jusqu'à ce que Micheline atteigne l'âge de 65 ans.

Les options recommandées sont : l'assurabilité future, la prolongation de la profession habituelle et l'indexation selon le coût de la vie.

8.5.4. Le travailleur saisonnier

Voici enfin le cas de Jacques, qui travaille sept mois par année dans le domaine de l'excavation. Il gagne 48 000 \$ par année et son taux d'imposition est de 35 %. Il est marié et père de deux enfants. Il possède des actifs à court terme lui permettant de subvenir aisément à ses besoins pendant une période de deux mois. Il n'a aucune assurance collective et ne possède pas d'assurance invalidité individuelle.

Les recommandations proposées pour le travailleur saisonnier

Ce type de travailleur se classe habituellement pour un contrat résiliable.

La période d'attente sera de 60 jours avec coordination à l'assurance-emploi pendant une période maximale de 120 jours.

Le montant des prestations selon les limites d'établissement (voir le tableau 7.3, colonne 2) sera de 1 450 \$ pendant 2 mois (entre la fin du délai de carence de 60 jours et le 120^e jour) en complément de son assurance-emploi.

Après 120 jours, Jacques recevra 1 150 \$ de plus (voir le tableau 7.3, colonne 3), pour un total de prestation de 2 600 \$ (voir le tableau 7.3, colonne 4).

La durée des prestations maximale prévue dans ce type de contrat sera de 24 ou 36 mois.

Rappel

Voici les notions importantes à retenir de ce chapitre.

- Pour évaluer la situation actuelle du client, qui permet d'établir le type de contrat, la classe professionnelle, le montant des prestations et les options à offrir, certains renseignements personnels, financiers et professionnels sont nécessaires.
- Les objectifs du client permettent de dresser un portrait fidèle de sa situation. Les questions portant sur les faits servent à connaître la situation financière du client, sa stabilité au travail et d'autres éléments essentiels à l'analyse. Les questions portant sur les sentiments servent plutôt à découvrir les motivations et les besoins du client.
- Le budget permet de dégager des épargnes en vue de répondre à des besoins de protection; la planification budgétaire est un outil permettant au client d'atteindre des objectifs d'épargne par le contrôle de ses dépenses.
- Il est important de vérifier si le client détient des protections d'assurance invalidité en vigueur, car il faut en tenir compte dans l'établissement de la prestation d'un nouveau contrat.
- Au moment de l'émission du contrat, le seul régime qui doit être coordonné avec l'assurance individuelle est la prestation d'assurance-emploi. En ce qui a trait aux prestations des autres régimes d'État, ce n'est que lors d'une réclamation que l'assureur fera la coordination.
- L'analyse des renseignements obtenus permet de cerner les besoins réels du client et, ainsi, d'être en mesure de lui proposer des solutions correspondant à ses besoins.
- Afin de faire une recommandation au client, on doit établir le type du contrat, le montant des prestations, le délai de carence, la durée des prestations et les garanties optionnelles, en fonction de ses besoins et de ses objectifs.
- Chaque type de produits vise un marché (un type de clientèle) particulier.

Il est suggéré de répondre aux questions de l'exercice d'autoévaluation qui suit, afin de bien avoir à l'esprit les notions traitées dans le chapitre 8.

Puis, il est possible de vérifier vos réponses en consultant le corrigé de l'exercice d'autoévaluation qui se trouve à la fin de ce chapitre.

Exercice d'autoévaluation

Répondez aux questions de l'exercice d'autoévaluation. Les questions qui suivent ont pour but de vous faire réviser les sujets traités dans le chapitre. Pour chacune des questions, encerclez la bonne réponse.

Question 1

De quelle façon le représentant peut-il aider le client à trouver des sommes lui permettant de répondre à ses besoins de protection en cas d'invalidité ?

- a) Par une bonne tenue des comptes.
- b) En établissant l'écart entre les revenus et les dépenses.
- c) En déterminant les besoins de longue durée.
- d) En établissant un budget équilibré lui permettant de rationaliser ses dépenses.

Question 2

Magdalena est actionnaire d'une entreprise de design intérieur. Elle n'a pas d'assurance invalidité et dispose de peu de temps pour élaborer une planification financière. Que doit faire le représentant pour attirer son attention sur son besoin de protection en cas d'invalidité ?

- a) Prendre un rendez-vous au moment qui lui convient le mieux.
- b) Arriver à l'improviste et tenter d'obtenir un rendez-vous.
- c) Lui faire part des avantages fiscaux dont elle pourra bénéficier en faisant payer la prime par son entreprise.
- d) Lui expliquer les risques qu'elle court advenant une invalidité.

Question 3

Pourquoi est-il important de vérifier les assurances en vigueur avant de proposer un contrat d'assurance invalidité ?

- a) Pour que l'assuré soit couvert adéquatement.
- b) Pour vérifier si les protections en vigueur couvrent les besoins du client.
- c) Pour combler les besoins de protection.
- d) Pour établir une protection qui tient compte des autres montants prévus aux contrats en vigueur.

Question 4

Quel est l'aspect de l'analyse des besoins qui permet au représentant de dresser un portrait de son client ?

- a) La situation financière.
- b) La situation professionnelle.
- c) Les renseignements personnels.
- d) Les objectifs.

Question 5

Sur quels critères le représentant peut-il se baser pour choisir un produit d'assurance invalidité plutôt qu'un autre ?

- a) Les besoins et les objectifs du client.
- b) L'âge, le sexe et l'état de santé du client.
- c) Les activités professionnelles et le revenu du client.
- d) Toutes ces réponses.

Question 6

Vous rencontrez Youssef au restaurant. Il désire des conseils sur le type de contrat qui lui conviendrait le mieux advenant une invalidité. Youssef est un professionnel à son compte dans le domaine des communications.

- a) Vous lui dites qu'il est difficile d'établir le type de contrat sans effectuer une analyse de ses besoins.
- b) Vous lui dites que le contrat qui lui conviendrait, compte tenu de sa classification professionnelle, est le contrat garanti irrévocable.
- c) Vous lui demandez de faire son budget afin d'établir ses besoins de protection advenant une invalidité.
- d) Toutes ces réponses.

Question 7

Jacques est propriétaire d'une quincaillerie depuis 28 mois. Il détient, depuis cinq ans, une police d'assurance invalidité garantie irrévocable. La prestation est de 1 500 \$ par mois jusqu'à l'âge de 65 ans, et la période d'attente est de 30 jours. Son revenu gagné en 2005 était de 43 628 \$, et de 56 400 \$ en 2006. Jacques demande à son représentant de le guider en tenant compte de sa situation actuelle. Que lui suggérera le représentant ?

- a) Il lui proposera de remplacer la rente actuelle par une rente maximale basée sur la moyenne de ses revenus réalisés au cours des deux dernières années.
- b) Il lui proposera une prestation supplémentaire basée sur la moyenne de ses revenus réalisés au cours des deux dernières années.
- c) Il lui proposera un montant de rente en fonction de ses revenus actuels.
- d) Il lui proposera une rente en fonction des revenus réalisés au cours de la dernière année.

Question 8

Denis détient une police d'assurance invalidité garantie irrévocable depuis deux ans. La prestation est de 3 000 \$ par mois (60 % de son revenu brut) jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de 65 ans; la période d'attente est de 30 jours, et la prime est de 965,40 \$ par année. Denis était comptable pour Grenier et Champoux inc. au moment de la souscription. Depuis un an, il travaille à temps plein dans une mercerie qu'il a achetée. Il se verse un revenu de 700 \$ par semaine. De plus, sa classe d'assuré est plus à risque à cause des diverses tâches qu'il doit effectuer. Denis demande à son représentant de le guider en tenant compte de sa nouvelle situation. Quel sera l'avis du représentant ?

- a) Compte tenu de sa nouvelle catégorie de risque, il doit aviser la compagnie de son nouveau travail, et la compagnie procédera au changement de classe.
- b) Compte tenu de sa nouvelle catégorie de risque, il est préférable que Denis conserve ce contrat, car la garantie est en vigueur même s'il a changé de profession.
- c) Sa prestation pourrait augmenter selon ses revenus.
- d) Sa classe d'assuré va changer, mais sa rente est garantie pendant toute la durée du contrat.

Question 9

Un représentant a dressé le budget de Jeanne et a établi sa rente d'invalidité à 1 500 \$ par mois advenant une invalidité. Le délai de carence est de 120 jours, et la durée des prestations est de 60 mois. Dans ce cas, le représentant :

- a) n'a pas tenu compte de l'assurance-emploi dans son analyse financière.
- b) a voulu réduire la prime en proposant un délai de carence plus long et une durée des prestations plus courte.
- c) a suggéré à la cliente de réduire son montant de prestation.
- d) n'a pas agi dans l'intérêt de la cliente en proposant une prestation inférieure aux maximums permis.

Question 10

Denise travaille à son compte depuis deux ans dans la vente de produits naturels. Son revenu moins ses dépenses d'entreprise est de 24 840 \$, et son taux d'imposition est de 24 %. Ses revenus sont limités à cause de ses engagements financiers.

Quel type de contrat conviendrait le mieux à sa situation ?

- a) Un contrat garanti renouvelable avec un délai de carence de 60 jours et une période d'indemnisation de 60 mois ou plus, selon sa capacité de payer.
- b) Un contrat garanti renouvelable avec un délai de carence de 30 jours et une période d'indemnisation de 24 mois.
- c) Un contrat garanti irrévocable, avec un délai de carence de 60 jours et une période d'indemnisation s'étendant jusqu'à ce qu'elle atteigne l'âge de 65 ans.
- d) Un contrat garanti renouvelable avec un délai de carence de 30 jours et une période d'indemnisation s'étendant jusqu'à ce qu'elle atteigne l'âge de 65 ans.

Corrigé de l'exercice d'autoévaluation

Réponse 1

De quelle façon le représentant peut-il aider le client à trouver des sommes lui permettant de répondre à ses besoins de protection en cas d'invalidité ?

- a) Par une bonne tenue des comptes.
- b) En établissant l'écart entre les revenus et les dépenses.
- c) En déterminant les besoins de longue durée.
- d) **En établissant un budget équilibré lui permettant de rationaliser ses dépenses.**

Réponse 2

Magdalena est actionnaire d'une entreprise de design intérieur. Elle n'a pas d'assurance invalidité et dispose de peu de temps pour élaborer une planification financière. Que doit faire le représentant pour attirer son attention sur son besoin de protection en cas d'invalidité ?

- a) Prendre un rendez-vous au moment qui lui convient le mieux.
- b) Arriver à l'improviste et tenter d'obtenir un rendez-vous.
- c) Lui faire part des avantages fiscaux dont elle pourra bénéficier en faisant payer la prime par son entreprise.
- d) **Lui expliquer les risques qu'elle court advenant une invalidité.**

Réponse 3

Pourquoi est-il important de vérifier les assurances en vigueur avant de proposer un contrat d'assurance invalidité ?

- a) Pour que l'assuré soit couvert adéquatement.
- b) Pour vérifier si les protections en vigueur couvrent les besoins du client.
- c) Pour combler les besoins de protection.
- d) **Pour établir une protection qui tient compte des autres montants prévus aux contrats en vigueur.**

Justification :

En assurance invalidité, il ne faut pas dépasser le revenu gagné. Il ne doit pas y avoir de surassurance.

Réponse 4

Quel est l'aspect de l'analyse des besoins qui permet au représentant de dresser un portrait de son client ?

- a) La situation financière.
- b) La situation professionnelle.
- c) Les renseignements personnels.
- d) Les objectifs.**

Justification :

Les objectifs du client touchent tous les aspects de sa vie, alors que les autres réponses suggérées ne concernent qu'un aspect particulier de sa situation.

Réponse 5

Sur quels critères le représentant peut-il se baser pour choisir un produit d'assurance invalidité plutôt qu'un autre ?

- a) Les besoins et les objectifs du client.
- b) L'âge, le sexe et l'état de santé du client.
- c) Les activités professionnelles et le revenu du client.
- d) Toutes ces réponses.**

Réponse 6

Vous rencontrez Youssef au restaurant. Il désire des conseils sur le type de contrat qui lui conviendrait le mieux advenant une invalidité. Youssef est un professionnel à son compte dans le domaine des communications.

- a) Vous lui dites qu'il est difficile d'établir le type de contrat sans effectuer une analyse de ses besoins.**
- b) Vous lui dites que le contrat qui lui conviendrait, compte tenu de sa classification professionnelle, est le contrat garanti irrévocable.
- c) Vous lui demandez de faire son budget afin d'établir ses besoins de protection advenant une invalidité.
- d) Toutes ces réponses.

Réponse 7

Jacques est propriétaire d'une quincaillerie depuis 28 mois. Il détient, depuis cinq ans, une police d'assurance invalidité garantie irrévocable. La prestation est de 1 500 \$ par mois jusqu'à l'âge de 65 ans, et la période d'attente est de 30 jours. Son revenu gagné en 2005 était de 43 628 \$, et de 56 400 \$ en 2006. Jacques demande à son représentant de le guider en tenant compte de sa situation actuelle. Que lui suggérera le représentant ?

- a) Il lui proposera de remplacer la rente actuelle par une rente maximale basée sur la moyenne de ses revenus réalisés au cours des deux dernières années.
- b) Il lui proposera une prestation supplémentaire basée sur la moyenne de ses revenus réalisés au cours des deux dernières années.**
- c) Il lui proposera un montant de rente en fonction de ses revenus actuels.
- d) Il lui proposera une rente en fonction des revenus réalisés au cours de la dernière année.

Justification :

Lorsque l'assuré détient un contrat garanti irrévocable dont les primes et les garanties ne peuvent pas être modifiées, il est préférable de combler les besoins par un nouveau contrat. La plupart des compagnies demanderont les états financiers des deux dernières années afin d'établir le montant de la prestation.

Réponse 8

Denis détient une police d'assurance invalidité garantie irrévocable depuis deux ans. La prestation est de 3 000 \$ par mois (60 % de son revenu brut) jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de 65 ans; la période d'attente est de 30 jours, et la prime est de 965,40 \$ par année. Denis était comptable pour Grenier et Champoux inc. au moment de la souscription. Depuis un an, il travaille à temps plein dans une mercerie qu'il a achetée. Il se verse un revenu de 700 \$ par semaine. De plus, sa classe d'assuré est plus à risque à cause des diverses tâches qu'il doit effectuer. Denis demande à son représentant de le guider en tenant compte de sa nouvelle situation. Quel sera l'avis du représentant?

- a) Compte tenu de sa nouvelle catégorie de risque, il doit aviser la compagnie de son nouveau travail, et la compagnie procédera au changement de classe.
- b) Compte tenu de sa nouvelle catégorie de risque, il est préférable que Denis conserve ce contrat, car la garantie est en vigueur même s'il a changé de profession.**
- c) Sa prestation pourrait augmenter selon ses revenus.
- d) Sa classe d'assuré va changer, mais sa rente est garantie pendant toute la durée du contrat.

Justification :

À cause du type de contrat qu'il possède, Denis n'a pas à aviser la compagnie de son changement de classe.

Réponse 9

Un représentant a dressé le budget de Jeanne et a établi sa rente d'invalidité à 1 500 \$ par mois advenant une invalidité. Le délai de carence est de 120 jours, et la durée des prestations est de 60 mois. Dans ce cas, le représentant:

- a) n'a pas tenu compte de l'assurance-emploi dans son analyse financière.
- b) a voulu réduire la prime en proposant un délai de carence plus long et une durée des prestations plus courte.**
- c) a suggéré à la cliente de réduire son montant de prestation.
- d) n'a pas agi dans l'intérêt de la cliente en proposant une prestation inférieure aux maximums permis.

Justification :

Lorsque le budget du client ne lui permet pas de payer une prime trop élevée, il faut d'abord lui proposer un délai de carence plus long et, par la suite, lui proposer une diminution des prestations.

Réponse 10

Denise travaille à son compte depuis deux ans dans la vente de produits naturels. Son revenu moins ses dépenses d'entreprise est de 24 840 \$, et son taux d'imposition est de 24 %. Ses revenus sont limités à cause de ses engagements financiers.

Quel type de contrat conviendrait le mieux à sa situation ?

- a) **Un contrat garanti renouvelable avec un délai de carence de 60 jours et une période d'indemnisation de 60 mois ou plus, selon sa capacité de payer.**
- b) Un contrat garanti renouvelable avec un délai de carence de 30 jours et une période d'indemnisation de 24 mois.
- c) Un contrat garanti irrévocable, avec un délai de carence de 60 jours et une période d'indemnisation s'étendant jusqu'à ce qu'elle atteigne l'âge de 65 ans.
- d) Un contrat garanti renouvelable avec un délai de carence de 30 jours et une période d'indemnisation s'étendant jusqu'à ce qu'elle atteigne l'âge de 65 ans.

Justification :

Puisque sa capacité de payer est limitée, il est indiqué de lui offrir un contrat garanti renouvelable, et d'établir un délai de carence plus élevé et une période d'indemnisation qui la couvrira à long terme, car une invalidité de longue durée pourrait menacer son niveau de vie.

Retour sur les apprentissages

Cette activité d'objectivation vous permettra d'évaluer vos points forts et vos points faibles quant au développement des sous-éléments de compétence visés par ce chapitre. Vous pourrez tirer profit de cette expérience d'apprentissage en vous fixant de nouvelles stratégies pour les atteindre.

Répondez aux questions du tableau à l'aide de l'échelle suivante :



Chapitre 8

L'analyse des besoins

Est-ce que je maîtrise les notions et les compétences qui me permettraient :				
De dresser un portrait du client à l'aide de renseignements personnels, professionnels et financiers ?	1	2	3	4
De déterminer les besoins réels du client en cas d'invalidité sur la base de l'analyse de sa situation personnelle, financière et professionnelle ?	1	2	3	4
De concevoir les solutions possibles et d'émettre des recommandations fondées sur les données recueillies et sur leur analyse ?	1	2	3	4

Estimez-vous maîtriser tous ces sous-éléments de compétence ? Si oui, félicitations !

Si vous en doutez, il est recommandé de revoir les sections traitant des sous-éléments de compétence non maîtrisés. Vous devriez revoir les notions qui vous permettront d'améliorer votre maîtrise de chaque sous-élément de compétence. N'oubliez pas de mettre à jour votre plan d'étude !

Étude de cas

Cette section présente une étude de cas qui vous permettra :

- D'analyser les besoins d'un client en cas d'invalidité et de lui recommander une protection adaptée à sa situation financière et professionnelle;
- D'établir une prime d'assurance invalidité coordonnée avec les prestations provenant de l'assurance-emploi.

Reportez-vous au contenu du manuel pour faciliter votre analyse de cas.

Procédez à l'étude de ce cas à l'aide des feuilles de travail.

L'analyse des besoins financiers de Robert Gagnon et France Bernier effectuée le 31 mars 2007

- Robert a 30 ans et est un non-fumeur. Son épouse, France, a 33 ans et fume occasionnellement. Ils ont deux enfants : Maude, 5 ans, et Sophie, 8 ans.
- Ils ont environ 2 000 \$ dans leur compte conjoint.
- France a une carte de crédit dont la limite est de 3 500 \$ et elle a une dette d'environ 500 \$.
- Robert a une carte de crédit dont la limite est de 5 000 \$, mais il l'utilise peu. Son solde est d'environ 500 \$. Il a aussi une marge de crédit de 10 000 \$ non utilisée. Toutefois, ces deux sources de crédit pourraient être davantage utilisées si des imprévus survenaient.
- France possède une assurance collective qui couvre les deux tiers de son salaire advenant une invalidité. La garantie d'assurance vie équivaut à une fois son salaire. Cette assurance la couvre jusqu'à l'âge de 65 ans. On prélève 31,40 \$ sur sa paye, versée aux deux semaines. Elle participe au régime de retraite du ministère du Tourisme, où elle travaille depuis six ans. Le montant de ses cotisations équivaut à 5 % de son revenu.
- Leur maison est évaluée à 115 000 \$ et financée par un prêt hypothécaire de 95 000 \$ payable sur 25 ans. Les versements mensuels s'élèvent à 636,50 \$. Le solde de l'hypothèque est de 90 430 \$. Au moment d'acheter la maison, Robert a retiré 10 000 \$ de son REER dans le cadre du Régime d'accession à la propriété (RAP). Il rembourse cette somme depuis trois ans à raison de 1/15 par année.
- Robert a une voiture d'une valeur de 22 000 \$ financée en partie à l'aide d'un prêt auto de 18 000 \$. Le solde à payer est de 12 335 \$ et les versements mensuels sont de 367,13 \$. France a une voiture payée dont la valeur est d'environ 4 500 \$.
- Selon le dernier relevé, Robert a accumulé 19 326 \$ dans son REER. De plus, il a des obligations d'épargne d'une valeur actuelle de 8 645 \$.
- France a 3 700 \$ dans son REER de la Caisse, et son régime de retraite totalise actuellement 12 480 \$.
- Ils cotisent à leur REER à la fin de l'année, lorsque c'est possible.

Revenus

- Robert est superviseur chez Caron inc. depuis deux ans, mais il travaille à cet endroit depuis cinq ans. L'entreprise fabrique des meubles. Robert s'occupe principalement de la gestion du personnel (80 %), mais il doit également surveiller les étapes de fabrication et s'assurer du bon fonctionnement des machines. Il a gagné 55 320 \$ l'année dernière et, cette année, son salaire sera de 58 400 \$. Son taux moyen d'imposition est de 37,7 %.
- France est agente de développement au ministère du Tourisme depuis quatre ans et son salaire est de 38 500 \$. Son taux d'imposition est de 32,4 %. Elle paie des cotisations syndicales qui équivalent à 1,5 % de son salaire.

Objectifs de revenu mensuel

Faites le budget de Robert et France en tenant compte des engagements financiers présentés dans l'étude de cas et des dépenses mensuelles suivantes :

Électricité, chauffage	140,00 \$
Téléphone, câble	130,00 \$
Réparations	100,00 \$
Achat de mobilier	50,00 \$
Taxes	165,00 \$
Alimentation	600,00 \$
Vêtements	250,00 \$
Carburant, entretien automobile	200,00 \$
Immatriculation, permis de conduire	40,00 \$
Assurance de biens	30,00 \$
Assurance automobile	80,00 \$
Dépenses personnelles de Robert	400,00 \$
Dépenses personnelles de France	400,00 \$
Frais de garderie	120,00 \$
Loisirs	200,00 \$
Cadeaux	100,00 \$

PROBLÈME

Élaborer un programme d'assurance invalidité en fonction de la situation actuelle de Robert et France.

1. Analyser la situation financière actuelle des clients;
2. Faire leur budget mensuel;
3. Ajouter, sous forme de notes, les éléments et les calculs appropriés;
4. Faire l'évaluation de la situation advenant l'invalidité de Robert;
5. Émettre des recommandations en fonction de sa situation et de sa capacité de payer;
6. Concevoir des solutions possibles sur la base des taux de prime suggérés et des garanties optionnelles offertes.

1. Situation financière

Actif	Robert		France
Actif à court terme			
Comptes bancaires	\$		\$
Dépôts à terme	\$		\$
Obligations d'épargne	\$		\$
Autre	\$		\$
Total	\$		\$
Actif à long terme			
Obligations	\$		\$
Actions	\$		\$
Fonds de placement	\$		\$
Biens immobiliers	\$		\$
Valeur de l'entreprise	\$		\$
Total	\$		\$
Autre actif			
Résidence principale	\$		\$
Résidence secondaire	\$		\$
Terrains	\$		\$
REER	\$		\$
RPA	\$		\$
Automobile	\$		\$
Total	\$		\$
Actif total	\$		\$

Passif	Robert		France
Passif à court terme			
Cartes de crédit	\$		\$
Marge de crédit	\$		\$
Autre	\$		\$
Total	\$		\$
Passif à long terme			
Remboursement REER (RAP)	\$		\$
Prêts hypothécaires	\$		\$
Dettes commerciales	\$		\$
Hypothèques immobilières	\$		\$
Prêt automobile	\$		\$
Autres	\$		\$
Total	\$		\$
Passif total	\$		\$
Valeur nette	\$		\$

2. Budget mensuel du couple

Dépenses	Robert	Couple	France
Logement			
Hypothèque / Loyer	\$	\$	\$
Entretien / Location	\$	\$	\$
Taxes, eau	\$	\$	\$
Chauffage, électricité	\$	\$	\$
Téléphone, câble	\$	\$	\$
Assurances	\$	\$	\$
Mobilier	\$	\$	\$
Total partiel	\$	\$	\$
Subsistance			
Alimentation	\$	\$	\$
Vêtements	\$	\$	\$
Divertissements	\$	\$	\$
Frais médicaux et dentaires	\$	\$	\$
Garde d'enfants	\$	\$	\$
Dépenses personnelles	\$	\$	\$
Entretien / Réparation	\$	\$	\$
Permis de conduire / Immatriculation	\$	\$	\$
Assurance	\$	\$	\$
Prêt automobile	\$	\$	\$
Total partiel	\$	\$	\$
Divers			
Cotisations / Associations	\$	\$	\$
Cadeaux	\$	\$	\$
Vacances	\$	\$	\$
Prêt REER	\$	\$	\$
Total partiel	\$	\$	\$
Dépenses totales	\$	\$	\$

Revenus - Retenues	Robert	Couple	France
Revenu mensuel brut	\$	\$	\$
Moins			
Impôts	\$	\$	\$
Assurance-emploi	\$	\$	\$
Cotisations RRQ	\$	\$	\$
Cotisations RQAP	\$	\$	\$
Cotisations RPA	\$	\$	\$
Cotisations ass. coll.	\$	\$	\$
Cotisations syndicales	\$	\$	\$
Revenu net	\$	\$	\$
Revenu net du couple		\$	
Capacité d'épargne		\$	

3. Notes

Se référer au chapitre 2 du manuel pour calculer les retenues salariales.

Résumé de la situation financière – valeur nette – budget :

4. Évaluation de la situation

Déterminer les fonctions liées à la profession.

Déterminer le revenu des deux dernières années.

5. Recommandations

Le type de protection souhaitée :

La durée des prestations recommandée :

Le délai de carence :

Les options :

6. Solutions possibles basées sur les taux de prime suggérés et les garanties optionnelles offertes

Taux annuel par tranche de 100 \$ de prestation (indemnisation jusqu'à 65 ans)			
Délai de carence	31 ^e jour	61 ^e jour	121 ^e jour
Police de base	80,20 \$	59,42 \$	52,13 \$
ICV (4 %)	12,06 \$	10,54 \$	8,29 \$
IP	18,90 \$	13,22 \$	12,15 \$
PPPH	7,04 \$	7,04 \$	7,04 \$

- Option de protection du revenu = 7 % de la somme des taux pour la plus longue période souscrite ;
- Frais de police de 45,00 \$ par année ;
- Prélèvement mensuel = Prime annuelle \times 0,087.

La première solution est un contrat coordonné à l'assurance-emploi avec un délai de carence de 60 jours. Dans ce cas, le montant de la protection est de _____ \$ payable à compter de la 61^e journée et de _____ \$ à compter de la 121^e journée.

Calculs à effectuer

Caractéristiques	Prestation à partir du 61 ^e jour	Prestation à partir du 121 ^e jour	Total
Police de base	\$	\$	\$
ICV (4 %)	\$	\$	\$
PPPH	\$	\$	\$
OPR (1 500 \$)	\$	\$	\$
Frais de police			\$
Total de la prime annuelle			\$
Total de la prime mensuelle	(prime annuelle \times 0,087)		\$

La deuxième solution est un contrat non coordonné à l'assurance-emploi avec un délai de carence de 120 jours. Dans ce cas, le montant de la protection est de _____ \$ à compter de la 121^e journée.

Calculs à effectuer

Caractéristiques	Prestation à partir du 61 ^e jour	Prestation à partir du 121 ^e jour	Total
Police de base	\$	\$	\$
ICV (4 %)	\$	\$	\$
PPPH	\$	\$	\$
OPR (1 500 \$)	\$	\$	\$
Frais de police			\$
Total de la prime annuelle			\$
Total de la prime mensuelle	(prime annuelle × 0,087)		\$

Protection d'assurance invalidité

Produit proposé

Montant de la prestation

Délai de carence

Durée

Option 1

Option 2

Option 3

Résumé des coûts

CORRIGÉ

1. Situation financière

Actif	Robert		France
Actif à court terme			
Comptes bancaires	1 000 \$	2 000 \$ + 2	1 000 \$
Dépôts à terme			
Obligations d'épargne	8 645 \$		
Autre			
Total	9 645 \$		1 000 \$
Actif à long terme			
Obligations			
Actions			
Fonds de placement			
Biens immobiliers			
Valeur de l'entreprise			
Total			
Autre actif			
Résidence principale	57 500 \$	115 000 \$ + 2	57 500 \$
Résidence secondaire			
Terrains			
REER	19 326 \$		3 700 \$
RPA			12 480 \$
Automobile	22 000 \$		4 500 \$
Total	98 826 \$		78 180 \$
Actif total	108 471 \$		79 180 \$

Passif	Robert		France
Passif à court terme			
Cartes de crédit	500 \$	R 5 000 – F 3 500	500 \$
Marge de crédit		R 10 000	
Autre			
Total	500 \$		500 \$
Passif à long terme			
Remboursement REER (RAP)	8 000 \$	$\frac{1}{15}$ de 10 000 x 3 ans	\$
Prêts hypothécaires	45 215 \$	90 430 \$ ÷ 2	45 215 \$
Dettes commerciales			
Hypothèques immobilières			
Prêt automobile	12 335 \$		
Autres			
Total	65 550 \$		45 215 \$
Passif total	66 050 \$		45 715 \$
Valeur nette	42 421 \$		33 465 \$

2. Budget mensuel du couple

Dépenses	Robert	Couple	France
Logement			
Hypothèque / Loyer		636,50 \$	
Entretien / Location		100,00 \$	
Taxes, eau		165,00 \$	
Chauffage, électricité		140,00 \$	
Téléphone, câble		130,00 \$	
Assurances		30,00 \$	
Mobilier		50,00 \$	
Total partiel		1 251,50 \$	
Subsistance			
Alimentation		600,00 \$	
Vêtements		250,00 \$	
Divertissements		200,00 \$	
Frais médicaux et dentaires			
Garde d'enfants		120,00 \$	
Dépenses personnelles	400,00 \$		400,00 \$
Entretien / Réparation		200,00 \$	
Permis de conduire / Immatriculation		40,00 \$	
Assurance		80,00 \$	
Prêt automobile	367,13 \$		
Total partiel	767,13 \$	1 490,00 \$	400,00 \$
Divers			
Cotisations / Associations			
Cadeaux		100,00 \$	
Vacances			
Prêt REER	55,56 \$	10 000 \$ + 15 + 12	
Total partiel	55,56 \$	100,00 \$	
Dépenses totales		4 064,19 \$	

Revenus - Retenues	Robert	Couple	France
Revenu mensuel brut	4 866,67 \$		3 208,33 \$
Moins			
Impôts	1 834,73 \$		1 039,50 \$
Assurance-emploi	48,67 \$		46,84 \$
Cotisations RRQ	165,83 \$		144,38 \$
Cotisations RQAP	20,25 \$		13,35 \$
Cotisations RPA			160,42 \$
Cotisations ass. coll.			68,03 \$
Cotisations syndicales			48,13 \$
Revenu net	2 797,19 \$		1 687,68 \$
Revenu net du couple		4 484,87 \$	
Capacité d'épargne		420,68 \$	

Capacité d'épargne = 4 484,87 \$ - 4 064,19 \$ = 420,68 \$

3. Notes

Pour Robert

Revenu mensuel

$$58\,400 \$ + 12 = 4\,866,67 \$$$

Impôts

$$58\,400 \$ \times 37,7 \% + 12 = 1\,834,73 \$$$

Cotisation à l'assurance-emploi sur le maximum de revenu

$$40\,000 \$ \times 1,46 \% = 584 \$ + 12 = 48,67 \$$$

Cotisation au Régime de rentes du Québec

$$(43\,700 \$ - 3\,500 \$) \times 4,95 \% = 1\,989,90 \$ + 12 = 165,83 \$$$

Cotisation au Régime québécois d'assurance parentale

$$58\,400 \$ \times 0,416 \% = 242,94 \$ + 12 = 20,25 \$$$

Pour France

Revenu mensuel

$$38\,500 \$ + 12 = 3\,208,33 \$$$

Impôts

$$38\,500 \$ \times 32,4 \% = 1\,039,50 \$$$

Cotisation à l'assurance-emploi sur le maximum de revenu

$$38\,500 \$ \times 1,46 \% = 562,10 \$ + 12 = 46,84 \$$$

Cotisation au Régime de rentes du Québec

$$(38\,500 \$ - 3\,500 \$) \times 4,95 \% = 1\,732,50 \$ + 12 = 144,38 \$$$

Cotisation au Régime québécois d'assurance parentale

$$38\,500 \$ \times 0,416 \% = 160,16 \$ + 12 = 13,35 \$$$

Cotisation au RPA

$$38\,500 \$ \times 5 \% = 1\,925 \$ + 12 = 160,42 \$$$

Cotisation à l'assurance collective

$$31,40 \$ \times 26 + 12 = 68,03 \$$$

Cotisations syndicales

$$38\,500 \$ \times 1,5 \% = 577,50 \$ + 12 = 48,13 \$$$

Résumé de la situation financière – valeur nette – budget

En cas d'invalidité, Robert a des obligations d'épargne (8 645 \$) qui couvrent ses besoins pendant une période de deux mois. Bien entendu, une invalidité prolongée pourrait mettre sa famille en difficulté financière.

Robert a accumulé environ 20 000 \$ dans un REER. Puisqu'il ne cotise pas à un régime de retraite, on doit absolument prévoir une contribution annuelle afin qu'il bénéficie d'une déduction fiscale et accumule des sommes en vue de sa retraite.

Robert détient également une carte de crédit et une marge de crédit lui permettant de faire face à des imprévus.

France travaille pour le gouvernement, participe à un régime d'assurance collective et cotise à un RPA. En cas d'invalidité, elle a une protection qui la couvre jusqu'à 65 ans.

Le budget familial nous permet de déterminer les dépenses du couple et sa capacité d'épargne afin de répondre à ses besoins de protection et d'épargne. Dans le cas présent, Robert a besoin d'un revenu net de 2 797,29 \$ afin de maintenir le même niveau de vie s'il devient invalide. Selon les limites d'établissement, Robert a droit à une prestation maximale de 3 000 \$. Dans son cas, nous allons lui proposer le maximum.

4. Évaluation de la situation

Les fonctions liées à la profession

Nous devons déterminer, dans un premier temps, la classification professionnelle de Robert en tenant compte des tâches liées à son travail. Puisqu'il s'occupe principalement de la gestion du personnel et que son travail ne l'oblige pas à intervenir dans la fabrication des meubles, il pourrait être classé 3A. Il serait toutefois important d'obtenir plus d'informations pour le classer dans la bonne catégorie de risque.

Le revenu des deux dernières années

Bien qu'on demande normalement le revenu des deux dernières années, on peut établir sa rente en fonction du salaire actuel, sans toutefois dépasser les maximums permis. Donc, on peut établir une rente mensuelle de 3 000 \$ en tenant compte d'un salaire de 58 400 \$, soit 4 866,67 \$ par mois. Si, toutefois, il y avait un écart important de salaire entre l'année précédente et l'année en cours, on pourrait établir une moyenne des revenus gagnés. On peut également exiger qu'il nous présente ses déclarations de revenus personnelles des deux dernières années.

5. Recommandations

Le type de protection souhaitée

Le contrat le mieux adapté à sa situation serait le contrat garanti irrévocable. L'assureur ne pourra modifier ni les primes ni le montant des prestations, et le renouvellement est garanti. Même si Robert change d'emploi ou si ses revenus diminuent, aucune garantie ne pourra être modifiée par l'assureur.

La durée des prestations recommandée

La durée des prestations recommandée serait jusqu'à 65 ans.

Le délai de carence

Si on tient compte de sa situation financière, un délai de carence de 60 jours intégré à l'assurance-emploi est, à notre avis, le délai le mieux adapté à sa situation et à sa capacité de payer.

Les options recommandées

- L'assurabilité future (protection du revenu) lui permettrait de majorer sa protection sans preuve d'assurabilité. Puisque l'augmentation du salaire de Robert est de l'ordre de 5 %, l'assureur offre habituellement une majoration annuelle sans preuve de revenu; Robert pourrait la souscrire chaque année. Un montant de 1 500 \$ lui permettrait de majorer sa protection de 150 \$ par année au cours des dix prochaines années.
- Avec la prolongation de la profession habituelle, Robert n'aura pas à effectuer le travail de manœuvre qu'il faisait auparavant.
- L'indexation au coût de la vie permettrait à Robert de protéger son pouvoir d'achat s'il devenait invalide.

Ce sont les trois options les plus intéressantes à lui offrir.

Afin que Robert puisse avoir toute l'information concernant les options offertes à sa classe professionnelle, le représentant doit lui présenter toutes les autres options possibles selon sa classe professionnelle.

La capacité de payer

Puisque le couple a une capacité d'épargne de 420,68 \$, la première solution proposée dans le tableau suivant serait à considérer. Robert utiliserait un montant de 200 \$ pour sa protection d'assurance invalidité, et la différence serait investie dans un REER.

6. Solutions possibles basées sur les taux de prime suggérés et les garanties optionnelles offertes

- La première solution est un contrat coordonné à l'assurance-emploi avec un délai de carence de 60 jours. Dans ce cas, le montant de la protection est de 1 900 \$, payable à compter de la 61^e journée, et de 1 100 \$ à compter de la 121^e journée. (Voir le tableau 7.3, chapitre 7).

Caractéristiques	Prestation à partir du 61 ^e jour	Prestation à partir du 121 ^e jour	Total
Police de base	$59,42 \$ \times 19 = 1\,128,98 \$$	$52,13 \$ \times 11 = 573,43 \$$	1 702,41 \$
ICV (4 %)	$10,54 \$ \times 19 = 200,26 \$$	$8,29 \$ \times 11 = 91,19 \$$	291,45 \$
PPPH	$7,04 \$ \times 19 = 133,76 \$$	$7,04 \$ \times 11 = 77,44 \$$	211,20 \$
OPR (1 500 \$)	$(59,42 \$ + 10,54 \$ + 7,04 \$) \times 7 \% \times 15 = 80,85 \$$		80,85 \$
Frais de police			45,00 \$
Total de la prime annuelle			2 330,91 \$
Total de la prime mensuelle	$(\text{prime annuelle} \times 0,087)$		202,79 \$

La deuxième solution est un contrat non coordonné à l'assurance-emploi avec un délai de carence de 120 jours. Dans ce cas, le montant de la protection est de 3 000 \$ à compter de la 121^e journée.

Caractéristiques	Prestation à partir du 61 ^e jour	Prestation à partir du 121 ^e jour	Total
Police de base		$52,13 \$ \times 30 = 1\,563,90 \$$	1 563,90 \$
ICV (4 %)		$8,29 \$ \times 30 = 248,70 \$$	248,70 \$
PPPH		$7,04 \$ \times 30 = 211,20 \$$	211,20 \$
OPR (1 500 \$)		$(52,13 \$ + 8,29 \$ + 7,04 \$) \times 7 \% \times 15 = 70,83 \$$	70,83 \$
Frais de police			45,00 \$
Total de la prime annuelle			2 139,63 \$
Total de la prime mensuelle	(prime annuelle \times 0,087)		186,14 \$

Protection d'assurance invalidité

Produit proposé	Le contrat garanti irrévocable, car il offre la meilleure protection.	
Montant de la prestation	3 000 \$ par mois, dont 1 900 \$ payables à compter de la 61 ^e journée et 1 100 \$ payables à compter de la 121 ^e journée. La différence de prix entre les deux primes n'est pas assez grande pour prendre le risque d'allonger inutilement le délai de carence à 120 jours.	
Délai de carence	60 jours.	
Durée	Jusqu'à 65 ans.	
Option 1	L'indexation au coût de la vie.	
Option 2	La prolongation de la profession habituelle.	
Option 3	L'assurabilité future (protection du revenu).	
Résumé des coûts	Montant de base	1 702,41 \$
	ICV (4 %)	291,45 \$
	PPPH	211,20 \$
	OPR	80,85 \$
	Frais de police	45,00 \$
	Prime annuelle	2 330,91 \$
	Prime mensuelle	202,79 \$

Annexe A

Les principales distinctions entre les différents types de contrats d'assurance invalidité individuelle

Annexe A

Les principales distinctions entre les différents types de contrats d'assurance invalidité individuelle

	Contrat garanti irrévocable	Contrat garanti renouvelable	Contrat résiliable
Calcul du revenu gagné	<p>Le calcul du revenu se fait au moment de la demande d'assurance.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traitement, salaire, bonis. • Commissions moins les dépenses. • Honoraires moins les frais d'entreprise. • Comptabilité de caisse ou comptabilité d'exercice. 	<p>Le revenu gagné pour fixer le montant de la prestation est établi au moment de la réclamation. L'assuré ne doit pas s'attendre à recevoir nécessairement ce qui est prévu au contrat d'assurance.</p> <p>Le calcul du revenu gagné varie selon les assureurs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revenu mensuel moyen le plus élevé entre celui de l'année civile précédant immédiatement l'invalidité et celui de la période de six mois consécutifs précédant l'invalidité. • Revenu mensuel au cours des 6, 12 ou 24 derniers mois, selon le plus élevé des trois. • Revenu moyen des deux années précédant l'invalidité. • Revenu brut avant l'invalidité. • Moyenne mensuelle des 12 mois précédant l'invalidité ou moyenne mensuelle de la dernière année d'imposition avant l'invalidité. • Revenu le plus élevé entre le revenu gagné au cours de la période de six mois consécutifs précédant la date de l'invalidité et le revenu gagné au cours de l'année d'imposition précédant la date d'invalidité. 	<p>Le calcul du revenu gagné varie selon les assureurs, mais les méthodes utilisées sont souvent les mêmes que dans le cas du contrat garanti renouvelable.</p> <p>Notes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le revenu gagné pour fixer le montant de la prestation est établi au moment de la réclamation. L'assuré ne doit pas s'attendre à recevoir nécessairement ce qui est prévu au contrat d'assurance. • Les pièces suivantes sont vérifiées : déclarations de revenus, relevés des revenus et dépenses et relevés des salaires de l'employeur. • En cas d'invalidité totale, la prestation mensuelle correspond au montant le moins élevé entre le montant de la prestation mensuelle, d'une part, et 75 % du revenu gagné par l'assuré avant l'invalidité (selon le calcul établi par l'assureur), d'autre part.

	Contrat garanti irrévocable	Contrat garanti renouvelable	Contrat résiliable
Types de primes	<p>Les types de primes offertes varient selon les assureurs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primes nivelées et garanties pour la durée de la police. • Primes garanties croissantes échelonnées sur cinq ans. • Primes nivelées au maintien des garanties ou à taux progressif au maintien des garanties. <p>Note :</p> <p>Si l'assuré change de classe d'emplois pour une classe d'emplois où le risque est moindre, il peut obtenir, sur preuve de bonne santé, une réduction de prime en conservant les mêmes garanties.</p>	<p>Les types de primes offertes varient selon les assureurs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primes non garanties (modifications limitées). • Primes nivelées et garanties par tranche de trois ans. <p>Note :</p> <p>L'assureur peut modifier la prime si l'assuré change d'emploi ou de lieu de résidence (province ou territoire) OU si l'expérience est mauvaise par rapport à la catégorie de risques à laquelle l'assuré appartient.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La prime peut être modifiée si les résultats réels ou prévus par l'assureur sont négatifs. • La prime peut être modifiée en fonction d'une nouvelle classe si l'assuré change de profession ou de lieu de résidence. • Dans le cas d'un changement de classe de risque, la prime peut demeurer inchangée, mais les prestations peuvent être ajustées en fonction de cette nouvelle classe.

	Contrat garanti irrévocable	Contrat garanti renouvelable	Contrat résilliable
Période de prestations	<p>24, 60, 120 mois ou jusqu'à l'âge de 65 ans.</p> <p>Notes :</p> <ul style="list-style-type: none">• L'assuré peut se prévaloir du privilège de renouvellement après l'âge de 65 ans. Le contrat est renouvelable annuellement, et la prime est établie en fonction de l'âge atteint, et ce, jusqu'à un âge maximal de 75 ans.• Le client peut choisir une seule durée ou une combinaison, selon ses besoins et son budget.• La durée peut être limitée par l'exercice d'une profession présentant plus de risques.	<p>Moins de choix sont offerts à certaines catégories d'assurés.</p> <ul style="list-style-type: none">• 2 ans ou 5 ans pour accident et maladie ou, encore, jusqu'à 65 ans en cas de maladie seulement (24, 60, 120 mois ou jusqu'à l'âge de 65 ans).• Offre à toutes les classes d'assurés d'une période de prestations de 2 ou 5 ans en cas d'accident ou de maladie ; offre de 10 ans aux classes 2A et A en cas d'accident ou de maladie ; choix, à la classe 2A, d'une période allant jusqu'à l'âge de 65 ans OU d'une période à vie en cas de maladie ET de 10 ans en cas d'accident.• Période de 1, 2, 5 ans ou jusqu'à l'âge de 65 ans.• Période de 12, 24 ou 36 mois.	<p>1, 2, 3 et 5 ans ou jusqu'à l'âge de 65 ans pour certaines classes professionnelles.</p>
Délai de carence	<p>30, 60, 90, 120, 180, 365 et même 730 jours.</p> <p>Notes :</p> <ul style="list-style-type: none">• Peu de contrats offrent des prestations à partir du premier jour d'invalidité, afin que l'assureur soit en mesure de maintenir des taux de primes acceptables.• Le délai de carence choisi par le client est souvent tributaire de sa capacité financière.	<p>Différents choix sont offerts au client, selon sa classe d'assurés.</p> <ul style="list-style-type: none">• 30, 60, 90, 120 jours ou plus.• Certaines classes peuvent bénéficier d'un délai de 14 jours, et il est fréquent d'offrir 0 jour en cas d'accident. <p>Note :</p> <p>Le délai de carence choisi par le client est souvent tributaire de sa capacité financière.</p>	<p>Différents délais sont offerts avant le début du versement des prestations, mais les délais les plus souvent offerts sont de 0 jour en cas d'accident et de 30 jours en cas de maladie.</p>

	Contrat garanti irrévocable	Contrat garanti renouvelable	Contrat résiliable
Coordination des prestations et montant maximal des prestations	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination des prestations avec l'assurance-emploi et, parfois, avec d'autres régimes d'État. • Certains assureurs n'établissent pas de plafond de prestations pour des tranches d'âge ou des catégories d'emplois précises. • Généralement, un montant maximal de prestations est établi selon les limites d'établissement. 	<p>Coordination des prestations avec l'assurance-emploi et avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ; • le Régime de rentes du Québec (RRQ) ; • la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ; • tout contrat d'assurance crédit ; • tout autre contrat d'assurance salaire. 	<p>Coordination des prestations avec l'assurance-emploi et avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ; • le Régime de rentes du Québec (RRQ) ; • la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ; • tout contrat d'assurance crédit ; • tout autre contrat d'assurance accident, maladie ou invalidité.
Exonération des primes	<p>Application de la clause d'exonération des primes si l'invalidité est d'une durée, par exemple, de plus de 90 jours. Elle prévoit généralement le remboursement des primes des 90 premiers jours.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Délai de 30 jours avant exonération des primes OU durée du délai de carence si celui-ci est plus long. • Certains contrats prévoient le remboursement des primes payées depuis le début de l'invalidité. 	<p>Délai habituel de 30 jours avant exonération des primes.</p>
Garantie de réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> • Assure le paiement des frais relatifs à un programme de réadaptation approuvé par la compagnie. • Les frais sont remboursés en supplément de la prestation normale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Assure le paiement des frais relatifs à un programme de réadaptation approuvé par la compagnie. • Les frais sont remboursés en supplément de la prestation normale. • Incluse dans le contrat de base ou dans un avenant de l'invalidité de longue durée. 	<p>Incluse dans le cas d'une invalidité de longue durée.</p>

	Contrat garanti irrévocable	Contrat garanti renouvelable	Contrat résiliable
Exclusions	<ul style="list-style-type: none"> • Grossesse normale. Toutefois, toute complication qui mettrait la vie de la mère ou de l'enfant en danger serait considérée comme une cause d'invalidité, et les prestations seraient alors payables. • Participation à une guerre. • Greffe d'organe pendant les six premiers mois du contrat. • Incarcération. 	<ul style="list-style-type: none"> • Blessure intentionnelle. • Tentative de suicide, que l'assuré soit sain d'esprit ou non. • Inhalation volontaire ou non de gaz ou de fumée. • Perpétration ou tentative de perpétration d'une agression, d'un acte de violence ou d'un acte criminel. • Absorption de tout médicament, substance toxique, produit enivrant ou narcotique, à moins qu'il soit prescrit et pris selon les directives du médecin. • Pratique de sports professionnels à risque, troubles psychiatriques, problèmes de dos, SIDA et maladies préexistantes. • Incarcération. 	<p>Toutes les exclusions des contrats garantis renouvelables, auxquelles sont ajoutées les exclusions qui suivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pratique de l'alpinisme, de la chute libre, du parachutisme, de la plongée sous-marine, de la course en véhicule motorisé ou de la course de chevaux ; • Voyage à bord d'un aéronef ou d'autre appareil utilisé à des fins de vol, sauf sur un vol aérien régulier ou nolisé ; • Troubles psychiatriques, stress ou épuisement professionnel ; • Fatigue chronique, fibromyalgie ou fibromyosite ; • Conduite de tout véhicule motorisé sous l'influence de l'alcool à plus de 0,08 mg dans le sang ; • Infection opportuniste ou autre maladie comme le SIDA (diagnostic séro-positif avant la date de la police) ; • En cas d'invalidité à l'extérieur du territoire, les prestations d'invalidité seront versées au moment du retour et à la suite de la confirmation du médecin ; • Incarcération dans une prison ou dans un autre établissement correctionnel.

	Contrat garanti irrévocable	Contrat garanti renouvelable	Contrat résiliable
Clientèle cible	<ul style="list-style-type: none"> • Employés de bureaux. • Professionnels. • Propriétaires d'entreprises. • Travailleurs manuels. • Entrepreneurs. • Travailleurs autonomes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrepreneurs. • Travailleurs autonomes ou contractuels. • Travailleurs manuels. 	<ul style="list-style-type: none"> • Travailleurs à temps partiel ayant cumulé plus de 20 heures par semaine au cours des 12 derniers mois. • Travailleurs saisonniers ayant travaillé plus de 35 semaines par année. • Propriétaires d'entreprises exploitées à la maison, sauf dépanneurs, épicerie ou magasin général. • Professionnels difficilement assurables (acteurs, musiciens, comédiens, pilotes d'avion, etc.).
Classe	4A, 3A, 2A, A, B.	3A, 2A, A, B.	Aucune classification.

Annexe B
Grille d'horaire d'études

Grille d'horaire d'études							
	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
6 h							
7 h							
8 h							
9 h							
10 h							
11 h							
12 h							
13 h							
14 h							
15 h							
16 h							
17 h							
18 h							
19 h							
20 h							
21 h							
22 h							

Indiquez d'abord toutes vos activités dans la grille horaire. Vous pouvez utiliser des couleurs différentes selon leur nature.

Déterminez ensuite, parmi les périodes libres, celles que vous pourrez consacrer entièrement à votre étude. Il est important de conserver des moments pour les imprévus et pour la détente. La qualité du temps consacré à l'étude est souvent plus importante que la quantité.

Annexe C
Plan d'études

Plan d'études

Période d'études		Semaine 1 du _____ au _____							Semaine 2 du _____ au _____							Semaine 3 du _____ au _____							Semaine 4 du _____ au _____						
Chapitre		Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim
1	Lecture																												
	Exercices																												
2	Lecture																												
	Exercices																												
3	Lecture																												
	Exercices																												
4	Lecture																												
	Exercices																												
5	Lecture																												
	Exercices																												

À l'aide de la grille d'horaire que vous avez remplie, fixez-vous des objectifs pour chacune des périodes d'études. Lirez-vous un chapitre ou ferez-vous des exercices de révision ?

Ajustez votre plan d'études tout au long de votre parcours selon les changements dans vos disponibilités ou la réévaluation du temps nécessaire à votre étude.

Vous pouvez revenir périodiquement à votre grille de planification pour déterminer si vous êtes satisfait de vos échéances de travail. Vous serez ainsi en mesure d'évaluer si vous consacrez suffisamment de temps à votre étude.

Bibliographie

- AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS. *Assurance de personnes*, 4^e éd., Montréal, 2004, module 4, 64 p.
- AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS. *Élaboration d'un programme d'assurance contre les accidents et la maladie*, 2^e éd., Montréal, 2002, 193 p.
- BUREAU DES SERVICES FINANCIERS. *L'intermédiaire en assurance de personnes*, Ste-Foy, 1999.
- GENDRON, M. *Produits financiers : Assurance et rentes*, Québec, Les Éditions de la formation continue, 2002, 288 p.
- GILBERT, Michel. *L'assurance collective en milieu de travail*, Québec, Les Éditions Yvon Blais, 1998, 327 p.
- GUEST, Dennis. *The Emergence of Social Security in Canada*, 3^e éd., Vancouver, University of British Columbia Press, 1998.
- INSTITUT QUÉBÉCOIS DE PLANIFICATION FINANCIÈRE. *Compétences comptables et financières*, Montréal, 1998, 127 p.
- INSTITUT QUÉBÉCOIS DE PLANIFICATION FINANCIÈRE. *Compétences en produits et services financiers*, Montréal, 1998, 95 p.
- INSTITUT QUÉBÉCOIS DE PLANIFICATION FINANCIÈRE. *Utilisation d'une démarche en planification financière personnelle*, Montréal, 2000, 174 p.
- UNIVERSITÉ LAVAL. *Assurance collective*, Québec, Les Éditions de la formation continue, 2000.
- UNIVERSITÉ LAVAL. *Assurance invalidité*, Québec, Les Éditions de la formation continue, 2002.
- « L'impossibilité pour un assureur de réduire des prestations d'assurance invalidité », *L'assurance de personnes au Québec*, Brossard, Publications CCH, no 70-930.25

Revue et autres documents consultés

- *Le Journal de l'assurance*, Chambre de la sécurité financière.
- Notes de cours sur l'assurance invalidité, Anna Huard.
- *Sécurité financière*, Chambre de la sécurité financière.

Sites Internet consultés

- Assuris : www.assuris.ca
- Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec : www.csst.qc.ca
- Emploi et solidarité sociale Québec : www.rqap.gouv.qc.ca
- Life Insurance Marketing Research Association (LIMRA) : www.limra.com
- Portail Québec : www.gouv.qc.ca
- Régie des rentes du Québec : www.rrq.gouv.qc.ca
- Ressources humaines et Développement social Canada: www.rhdsc.gc.ca
- Service Canada : www1.servicecanada.gc.ca
- Société de l'assurance automobile du Québec : www.saaq.gouv.qc.ca

Index

A

actionnaire 174, 184, 185, 186, 187, 191, 194, 322
activité professionnelle 19, 117, 175, 255, 275
admissibilité 47, 54, 115, 176, 186, 193, 194
analyse de la situation actuelle 312
analyse de la situation financière 311
analyse des besoins 299
anticipation du paiement des prestations 143, 150
assurabilité 182, 189, 248
assurabilité future 145, 146, 182, 189
assurance collective d'entreprise 115, 116, 117
assurance de courte durée 118, 123
assurance de longue durée 118, 120, 123
assurance groupe association 115, 123, 124
assurance invalidité collective 115, 117, 123
assurance invalidité individuelle 92, 143, 369
assurance prêt 124
Assurés 27
avenant 93, 94, 102, 108
avenant d'exclusion 250, 251, 254
avenant pour enfants 229
avenant pour professionnels de la santé 156, 181, 183, 219

B

budget 304

C

calcul de la prime 264
calcul du revenu gagné 94, 103, 262, 371
catégorie de risque 102, 190, 300
catégorie professionnelle 175, 186, 257, 315
changement de profession 92, 93, 111
classe de risque 101, 110, 111, 372
classe professionnelle 26, 30, 107, 143, 147, 255, 258, 259, 264, 301, 316, 373
classification 175, 255, 257, 301
clause *shotgun* 185
clauses 93, 102, 111, 112
clientèle cible 376

commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) 58
conséquences de l'invalidité 13, 193
contrat garanti irrévocable 92, 93, 269, 315, 320, 371
contrat garanti renouvelable 101, 268, 316, 371
contrat résiliable 110, 268, 316, 320, 324, 371
convention de rachat 184, 185, 189
coordination des prestations 21, 50, 57, 60, 66, 96, 104, 105, 121, 260, 261, 374
cotisations 47, 53, 55

D

décès 15, 16, 45, 56, 59, 60, 66, 99, 108, 152, 180, 189, 227
décès accidentel 152
déclaration initiale du demandeur 272
déclaration initiale du médecin 272
définition de l'invalidité 26, 56, 57, 67, 111, 118, 147
définition de l'invalidité totale 93, 94, 102, 150, 184, 185, 186
définitions des maladies 219
délai de carence 47, 49, 67, 95, 104, 112, 118, 120, 178, 186, 225, 315
détermination des besoins 311
durée des prestations 118, 120, 178, 310, 316

E

engagements contractuels 26
établissement de l'indemnité 179
établissement du montant de la prestation 94, 103, 111
évaluation de la situation actuelle 300, 311
exclusions 99, 109, 113, 121, 152, 181, 188, 268, 375
exonération des primes 99, 108, 189, 228, 374

F

facteurs de tarification 246
formulaire 272

frais de règlement 272
frais médicaux 13

G

garanties optionnelles 143, 181, 316

H

hospitalisation 151, 150, 183

I

indemnité de remplacement de revenu 58, 59, 62, 63, 64, 65, 66
Indexation 56, 144, 265,
invalidité cumulative 97
invalidité partielle 97, 98, 105, 148, 181, 182
invalidité récidivante 97, 105, 112, 121, 181
invalidité résiduelle 148, 181, 182

L

limite de participation 22, 23
limite d'établissement 25, 258, 259, 260
loi des grands nombres 18, 146

M

maladie préexistante 109, 117
manque à gagner 314
marchés cibles 320
méthode de rachat croisé 191
méthode de rachat de parts 191
montant des prestations 48, 49, 119, 121, 266
morbidity 19
mort accidentelle 152
mutilation accidentelle 152
mutualité 17, 18

O

objectifs 302

P

paramètres contractuels 26
partage des coûts 18
partage équitable 18
période de prestations 48, 106, 107, 112, 250, 373
période de profession habituelle 94, 147

présomption d'invalidité 98, 112, 181
prestations non coordonnées 24
prestations viagères 98
preuve de revenu 103, 144, 261, 264
preuve de sinistre 271, 272
principes de base de l'invalidité 17
processus de réclamation 271
profession habituelle 93, 94, 102, 103, 111, 147
prolongation de la période de profession habituelle 147
prolongation du délai de carence 250
propre profession 93, 94, 147
protection épargne-retraite 154
protection frais généraux 174
protection maladies graves 12, 215, 216, 219
protection personne clé 193
protection rachat de parts 184
protections en vigueur 309

R

réadaptation 99, 108, 374
recommandations 315, 317
régime d'assurance-emploi 47
régime de pensions du Canada (RPC) 7, 55
régime de rentes du Québec (RRQ) 54
régime public d'assurance automobile du Québec 64
régime québécois d'assurance parentale (RQAP) 52
régime québécois de santé et de sécurité du travail 58
régimes d'État 6, 45, 46, 67, 96, 119, 261
remboursement des primes 155, 189, 227, 228
renouvellement 92, 93, 98, 101, 102, 108, 110
renseignements médicaux 302
renseignements personnels 300
renseignements professionnels 301
rente viagère 153, 319, 321
restrictions 46, 110, 113, 121, 194, 302
revenu assurable 263
revenu gagné 262
revenu non gagné 263
risques liés à l'emploi 251
risques médicaux 248
risques non assurables 252

S

sélection des risques 225, 245
service de la souscription 268
société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) 64
statistiques 15, 16, 19, 216, 217, 246, 300
surassurance 8, 21, 94, 96, 104, 105
surprime 226, 250, 300

T

table de morbidité 19, 246
tarification 18, 145, 245, 246, 258
taux de morbidité 19, 246, 300

traitement du risque 249

travail à domicile 251

travailleurs autonomes 174, 262, 301, 320, 323

travailleurs saisonniers 114, 251, 320, 323, 324

type de contrat 188, 224, 268, 224

V

vérification des données 269, 311

versement de l'indemnité 187, 273

Lexique

Accident	Événement attribuable à une cause externe de nature violente et imprévisible.
Actif	Ensemble des biens que possède un consommateur.
Actuaire	Personne établissant le taux des primes et des réserves mathématiques appliquées, entre autres, au domaine de l'assurance.
Analyse des besoins	Analyse permettant à une personne de connaître ses besoins de protection en cas de décès, d'invalidité ou de retraite.
Anniversaire de contrat	Date qui marque le début d'une nouvelle année d'assurance.
Antécédents familiaux	Faits qui se rapportent à la famille de la personne à assurer : âge et état de santé des parents (père et mère), des frères et sœurs, âge de ces personnes au décès et causes de leur décès, le cas échéant.
Antécédents médicaux	Liste des maladies et affections dont ont souffert la personne à assurer ou ses ascendants.
Antisélection	Principe selon lequel le choix de renouveler le contrat est exercé seulement par l'assuré, au moment du renouvellement d'un contrat.
Apport	Contribution financière de l'entreprise ou de l'assuré dans la société.
Associés ou actionnaires	Personnes qui unissent leurs forces et leurs capitaux pour exploiter une société. Celle-ci peut être une société de personnes ou une société avec actionnaires, aussi appelée compagnie.
Assurabilité	Capacité d'être assurable, établie selon un ensemble de facteurs permettant d'évaluer le risque lié à l'invalidité.
Assureur	Entreprise dûment autorisée à proposer de l'assurance au public et qui s'engage, conformément au contrat d'assurance, à verser des prestations en cas d'invalidité de l'assuré.
Autoassurance	Sommes d'argent provenant d'autres sources que le revenu gagné qui permettent à la personne de subvenir à ses besoins advenant une invalidité.
Avenant	Document annexé à un contrat d'assurance pour en faire partie intégrante et dans lequel apparaissent les modifications apportées au contrat initial.

Bénéficiaire	Personne désignée recevant les prestations en cas d'invalidité de l'assuré.
Catégorie de risque ou classification	Regroupement de types d'emplois selon leur niveau de risque et la conséquence d'une invalidité.
Catégories d'emplois	Classes dans lesquelles sont répartis les emplois.
Clause	Disposition qui figure dans un contrat d'assurance. La police contient les clauses du contrat.
Clause de droits acquis	Clause du contrat qui consiste, pour le nouvel assureur, à reconnaître le niveau de protection que détenait l'assuré avant qu'il ne change d'assureur. Cette clause est communément appelée clause grand-père.
Contrat d'assurance collective	Contrat d'assurance établi en faveur d'un organisme qui souscrit de l'assurance pour un groupe déterminé de personnes.
Convention	Entente qui lie les parties et qui édicte les clauses régissant le contrat.
Convention entre actionnaires	Entente qui prévoit le transfert de propriété des actions entre les actionnaires d'une même compagnie s'il y a décès, invalidité ou retraite d'un des actionnaires.
Coordination	Agencement des prestations en provenance de différentes sources, comme les régimes d'État, les régimes individuels et les régimes collectifs, pour que l'ensemble des prestations ne dépassent pas une somme maximale prédéterminée.
Déchéance	Contrat résilié pour non-paiement de la prime.
Délai de carence	Période s'écoulant entre le moment où l'invalidité survient et le début du droit aux prestations.
Délai de grâce	Période accordée au titulaire d'une police pour payer une prime due sans être pénalisé.
Demande de règlement	Demande adressée à l'assureur afin d'obtenir le paiement des indemnités prévues dans le contrat à la suite de la réalisation du risque assuré.
Exclusion	Clause incluse au contrat ou sous forme d'avenant qui exclut une maladie ou une partie du corps qui a subi des traitements médicaux.

Exonération des primes	Garantie en vertu de laquelle l'assuré qui subit une invalidité est exempté du paiement de ses primes après avoir satisfait le délai de carence prévu au contrat.
Expiration du contrat	Date qui détermine la fin du contrat d'assurance.
Frais de police	Sommes ajoutées à la prime pour couvrir un certain nombre de frais administratifs de la compagnie d'assurance.
Garantie optionnelle	Garantie qui s'ajoute à une protection de base afin d'améliorer le contrat.
Impacts financiers	Conséquences financières d'une invalidité sur la qualité de vie de l'individu.
Incessible	Se dit d'un bien ou d'une protection qui ne peut pas être cédé à une autre entité.
Indemnité forfaitaire	Montant versé en une somme unique afin de couvrir une protection d'assurance.
Insaisissable	Qui ne peut pas faire l'objet d'une saisie, soit en raison de ses caractéristiques, soit par application de la loi.
Invalidité	État d'une personne qui se trouve dans l'impossibilité temporaire ou permanente d'exercer ses activités professionnelles à la suite d'une maladie ou d'un accident.
Liquidités	Somme d'argent dont on peut disposer à court terme.
Loi des grands nombres	Analyse des résultats statistiques d'un grand nombre d'événements de même nature parmi une population type qui permet de prédire la survenance de cet événement pour un individu avec un degré raisonnable de certitude.
Maladie préexistante	Maladie dont les premiers symptômes sont apparus avant l'adhésion au contrat.
Marge bénéficiaire	Différence entre la prime payée par l'assuré et le coût d'assurance que la compagnie établit afin de faire face à ses obligations.
Modalité	Façon de verser une somme due : montant forfaitaire, rente annuelle ou mensuelle.
Morbidité	Nombre d'accidents et de maladies parmi un nombre important de personnes regroupées dans une catégorie donnée.

Mutilation	Perte d'usage de certains membres ou de certaines facultés à la suite d'un accident.
Mutualité	Forme de prévoyance volontaire par laquelle les membres d'un groupe s'assurent réciproquement contre certains risques.
Occupation propre	Emploi qu'occupait l'assuré avant son invalidité.
Partage équitable	Contribution de tous les assurés d'un groupe donné pour payer le coût de la compensation quand vient le temps de rembourser le sinistre subi par un assuré.
Parts	Portion de la valeur d'une entreprise qui appartient aux associés ou aux actionnaires de cette entreprise.
Passif	Ensemble des dettes contractées par un consommateur.
Période cotisable	Période de cotisation permise avant de recevoir des prestations.
Période de référence	Temps déterminé au contrat sur lequel l'assureur se base afin d'établir l'admissibilité à la garantie.
Police	Document écrit, signé par l'assureur et le preneur, qui atteste l'existence d'un contrat d'assurance et qui en énonce les stipulations et les conditions.
Preneur	Personne physique ou morale qui souscrit un contrat d'assurance auprès d'un assureur. Synonymes : titulaire de contrat ou propriétaire.
Prestataire	Personne qui reçoit les prestations d'invalidité.
Prestation (indemnité)	Somme versée par l'assureur à la suite d'une invalidité.
Prime	Somme versée à l'assureur par le titulaire d'une police en échange de la prise en charge du risque.
Principe	Base de la relation entre les personnes (morales ou physiques) agissant dans le domaine de l'assurance invalidité.
Probabilité de sinistre	Prédiction, avec un degré raisonnable de certitude, de la survenance d'une invalidité parmi un groupe d'assurés présentant les mêmes caractéristiques.
Propriétaire unique	Personne qui exploite seule un commerce ou une entreprise.

Régime d'accèsion à la propriété (RAP)	Programme qui permet de retirer jusqu'à 20 000 \$ d'un REER par personne, sans impact fiscal, pour l'achat d'une propriété admissible.
Régime enregistré d'épargne-retraite (REER)	Instrument de placement par lequel un particulier peut reporter l'impôt à payer sur les sommes placées en vue de sa retraite.
Remboursement des primes	Remboursement d'une partie ou de la totalité des primes payées lorsque l'assuré n'a pas présenté de réclamations d'assurance invalidité pendant une certaine période prévue au contrat.
Rendement	Taux annuel obtenu d'un placement, exprimé en pourcentage du placement, établi en comparant le revenu couru par rapport au capital investi.
Rente	Somme payable périodiquement en contrepartie de l'aliénation d'un capital et des intérêts provenant de ce capital, constituée par un montant forfaitaire, des cotisations de retraite ou des primes d'assurance.
Réserve	Provisions prévues par l'assureur lui permettant de verser les sommes dues au moment du décès ou de l'invalidité de ses assurés.
Retenues à la source	Prélèvements automatiques sur le salaire du salarié.
Risque	Probabilité qu'un sinistre survienne dans un groupe donné de personnes.
Saisissable	Qui peut faire l'objet d'une saisie, soit en raison de ses caractéristiques, soit par application de la loi.
Sélection des risques	Évaluation, par l'assureur, du risque que présente un client, dans le but d'accepter ou de refuser sa proposition d'assurance.
Services diagnostiques	Services utilisés pour diagnostiquer une maladie d'après ses symptômes, ce qui permet à l'assureur d'indemniser la personne selon la définition prévue au contrat.
Similitude	État de ce qui est à peu près semblable.
Sinistre	Événement dont la réalisation fait naître l'obligation de l'assureur.
Surassurance	Montant d'assurance invalidité qui excède les limites permises dans le cas d'une incapacité de travail.
Surprime	Montant qui s'ajoute à la prime normale d'un contrat dans le but d'assurer un risque aggravé tout en respectant le principe de partage équitable entre les assurés.

Table de tarification	Tableau qui indique le taux de prime des garanties offertes en assurance invalidité.
Tarification	Établissement du coût d'un produit d'assurance invalidité en fonction du taux de morbidité, des frais d'administration et du taux d'intérêt prévu.
Taux de mortalité	Rapport entre le nombre des décès et la population totale dans un lieu et une période déterminés.

NOTE

Vous trouverez ci-joint le ou les tableaux de spécification relatifs aux examens dont les contenus sont présentés dans ce manuel. Avant de commencer votre étude, choisissez le tableau qui concerne l'examen que vous devez préparer.

Le tableau de spécification présente les cibles d'évaluation de l'examen, de même que l'importance relative de chaque cible (pondération). Il est donc un outil indispensable car il vous permet d'identifier les contenus et compétences à maîtriser pour réussir votre examen.

Prenez note que des modifications peuvent être apportées, avec préavis, à ce type de document. Avant d'utiliser un tableau de spécification, vérifiez si vous avez en main la dernière version. Pour ce faire, consultez la rubrique destinée aux futurs professionnels sur le site Web de l'Autorité à l'adresse suivante : www.lautorite.qc.ca. Vous y trouverez l'ensemble des tableaux de spécification relatifs aux examens de l'Autorité. La date de la mise à jour figure au bas de la première page de chaque tableau.

Tableau de spécification - Élaborer un programme individuel d'assurance invalidité adapté aux besoins d'un client en fonction notamment de l'analyse de sa situation financière et de sa capacité de payer la prime (01-302)

Le postulant sera capable de :			% ¹
1. Distinguer les protections offertes par les différents contrats d'assurance invalidité	1.1	Comprendre les particularités des protections offertes par les régimes publics	36 %
	1.2	Comprendre les particularités des contrats d'assurance invalidité individuelle	
	1.3	Comprendre les particularités des contrats d'assurance invalidité collective	
	1.4	Comprendre les particularités des contrats d'assurance invalidité d'entreprise	
2. Comprendre la protection contre les maladies graves	2.1	Comprendre les particularités de la protection contre les maladies graves	12 %
3. Comprendre les garanties optionnelles des contrats d'assurance invalidité	3.1	Comprendre les particularités des garanties optionnelles des contrats d'assurance invalidité	20 %
4. Distinguer les éléments ayant un impact sur la tarification et la sélection des risques	4.1	Distinguer les facteurs de tarification, notamment le taux de morbidité	16 %
	4.2	Distinguer les facteurs d'assurabilité	
	4.3	Comprendre l'impact des catégories d'activités professionnelles et extra-professionnelles	
	4.4	Distinguer les composantes de la tarification financière	
5. Élaborer une recommandation d'assurance invalidité	5.1	Recommander une solution d'assurance invalidité en fonction de l'analyse des besoins et de la situation actuelle du client	16 %

1. Importance relative (pondération) du thème par rapport à l'ensemble de l'examen.

